

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JULIANA EL HAGE MEYER DE BARROS GULINI

**PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA O
CONTROLE DA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO EM
PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

JULIANA EL HAGE MEYER DE BARROS GULINI

**PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA O
CONTROLE DA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO EM
PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, da Universidade Federal de
Santa

Catarina – Área de Concentração: Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito
parcial para a obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e
Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de
Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Regina Pereira
do Nascimento

Coorientadora: Profa. Dra. Rachel Duarte
Moritz

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gulini, Juliana El Hage Meyer de Barros
Protocolo interdisciplinar para o controle da dor,
dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo
na unidade de terapia intensiva / Juliana El Hage Meyer de
Barros Gulini ; orientadora, Eliane Regina Pereira do
Nascimento ; coorientadora, Rachel Duarte Moritz. -
Florianópolis, SC, 2016.
200 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Protocolo interdisciplinar. 3.
Cuidado paliativo. 4. Unidade de terapia intensiva. I.
Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II. Moritz, Rachel
Duarte . III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

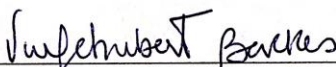
JULIANA EL HAGE MEYER DE BARROS GULINI

**PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA O CONTROLE DA
DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO EM PACIENTES SOB
CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2016, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem.

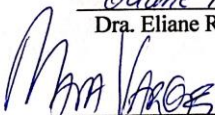


Dra. Yânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

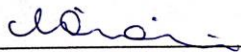
Banca Examinadora:



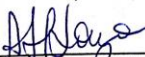
Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



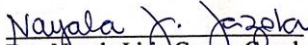
Dra. Mara A. de Oliveira Vargas
Membro (titular)



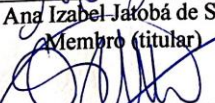
Dra. Luciana Martins da Rosa
Membro (titular)



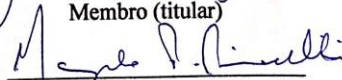
Dra. Ana Izabel Jacobá de Souza
Membro (titular)



Dra. Nayala Lirio Gomes Gazola
Membro (titular)



Dr. Darlan Laurício Matte
Membro (titular)



Dra. Mariangela Pimentel Pincelli
Membro (titular)

Dedico este trabalho aos amores da minha vida, meu esposo Pedro e ao nosso filho Arthur, pelo apoio durante esses anos e compreensão das minhas ausências. AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos quatro anos de trabalho que resultaram nesta tese, pessoas e instituições me ajudaram, ensinando e apoiando. Agora que alcanço meus objetivos, não posso deixar de reconhecê-las e expressar minha gratidão.

Inicialmente agradeço a Deus, por estar sempre comigo me protegendo e iluminando meus passos.

Meu eterno agradecimento aos meus pais, Marie El Hage Meyer de Barros e José Gustavo Coutinho Meyer de Barros, pela minha vida, pelo amor incondicional que ambos têm comigo. Em todos os momentos que precisei de um colo, de uma palavra de coragem, foram eles que me ajudaram a seguir em frente e vencer todos os obstáculos da minha vida e me fazerem alcançar meus objetivos. Obrigada, Pai e Mãe! Amo vocês!

Um especial agradecimento às mães, Marie El Hage Meyer de Barros e Lourdes Librelato Gulini, por me ajudarem a cuidar do meu maior tesouro, meu filho Arthur, durante todos esses anos, apoiando-me e me incentivando em todos os momentos, dando a ele o carinho de mãe quando eu não pude estar presente. Sem a ajuda de vocês não teria conseguido. Muito obrigada!

Ao meu marido, Pedro Leo Gulini, pelo companheirismo e por todos os momentos que passamos juntos nestes quase 25 anos de convivência, obrigada por acreditar em mim e ser o meu maior incentivador. Agradeço o amor, a compreensão e o apoio! Amo-te muito.

À minha família, minha irmã Renata, meu irmão Leonardo, meus sobrinhos João Victor e Mariana, meus cunhados Fernando e Laila, obrigada por me apoiarem sempre e entenderem minhas ausências. Adoro vocês!

Meus agradecimentos à Direção do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por me apoiar na realização deste doutorado e acreditar no meu potencial, de que eu possa contribuir para o crescimento científico do serviço de fisioterapia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC que me acolheu como doutoranda e incentivou meu crescimento acadêmico. Agradeço também aos funcionários e professores do programa de doutorado, e aos colaboradores.

Aos participantes do estudo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU), Médicos, Enfermeiros, Técnicos

de Enfermagem e Fisioterapeutas, que aceitaram ser entrevistados e fazer parte da pesquisa, disponibilizando o seu tempo, pelo desejo de contribuir para ampliar o conhecimento relacionado ao ambiente de cuidados em UTI, e aos pacientes e familiares que também consentiram em participar da pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos aos professores Membros dessa banca por terem aceitado o convite e disponibilizado seu tempo em contribuir para o engrandecimento deste trabalho.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, primeiramente por ter aceitado me orientar, pelo seu senso de multiprofissionalismo, por defender a importância do trabalho em equipe. Em segundo lugar, por ter sempre me acolhido de forma tão carinhosa no seu grupo de pesquisa, Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS) e me oportunizar aprimorar meus conhecimentos. Meu muito obrigada por todas as horas despendidas em me ajudar a crescer como pessoa e como profissional.

À minha querida coorientadora, Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz, que já conheço há muito tempo, desde recém-formada, quando fui trabalhar na UTI do HU, e você me acolheu e me ensinou muitas coisas que carrego comigo por toda a minha vida profissional e pessoal. Obrigada por acreditar em mim em todos os momentos, por todos os ensinamentos, por sua alegria contagiante, por ter aceito participar deste projeto de vida comigo.

À minha grande amiga, irmã de coração, Nayala Lirio Gomes Gazola, que sempre esteve ao meu lado me dando forças quando precisei e me dando colo quando necessitei também. Meus sinceros agradecimentos por toda nossa amizade, que ela seja para sempre!

A todos os fisioterapeutas do HU, em especial à Kelly Cattelan Bonorino, à Roberta Rodolfo Mazzali Biscaro e à Carolina Luana de Mello que sempre me apoiaram quando precisei e me incentivaram a seguir em frente. Obrigada pela ajuda diária e pela compreensão de quando não pude estar presente e pelos momentos de descontração e alegrias.

Às minhas amigas, Daysi Jung da Silva, Fabiana Maris e Patrícia Machado, a amizade e o apoio durante esses anos.

À minha amiga, Micheline Henrique Araujo da Luz koerich, colega de turma de doutorado 2012/1, a convivência, o companheirismo, o apoio e a amizade, os momentos alegres e de aperto que passamos juntas.

Aos meus queridos amigos e colegas de trabalho da UTI do HU, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Psicóloga e

Fonoaudióloga que sempre estiveram comigo em todas as etapas do meu doutorado, me incentivando e tornando os momentos de trabalho mais agradáveis.

Aos colegas do GEASS o aprendizado mútuo, a reciprocidade, os projetos de parceria, a amizade e convivência agradável de sempre, em especial à Natyele Rippel Silveira o compartilhamento de conhecimentos e a amizade, à Patrícia Hermida e à Walnice Jung. Agradeço também à Daniela Taffner o auxílio na utilização do *software* Qualiquantisoft.

Ao Rafael Cabral, o meu obrigada pela ajuda nas coletas de dados, podendo dividir comigo a árdua tarefa.

Agradeço também à Bárbara Forgearini, à Enaiane Menezes e à Paula Sandreschi os auxílios prestados.

E por fim, meu sincero agradecimento a todas as pessoas que não foram nomeadas aqui, e que me ajudaram de uma forma ou de outra, durante estes quatro anos.

GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros. **Protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo na unidade de terapia intensiva.** 2016. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

RESUMO

Há necessidade de traçar diretrizes ao paciente em cuidados paliativos baseadas nos sintomas. Objetivos: 1.Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito; 2.Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo; 3.Elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva. Trata-se de um estudo misto desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 959.555/2015 e CAAE 36643714.1.0000.0118. O estudo quantitativo foi do tipo coorte prospectivo de pacientes internados na unidade por mais de 24 horas, e utilizou como instrumento para coleta dos dados, um *Checklist*, construído a partir da literatura científica e validada por nove especialistas, com a finalidade de identificar o perfil clínico demográfico dos pacientes internados nesta unidade e o prognóstico. O método qualitativo foi a Pesquisa Convergente Assistencial, com a participação de nove médicos, 12 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e cinco fisioterapeutas da unidade. A coleta dos dados qualitativos foi por entrevista semiestruturada e grupos de discussão. A análise dos dados utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, com auxílio do *software* Qualiquantisoft®. Os resultados da tese foram apresentados na forma de manuscritos, para responder aos objetivos da

tese. O primeiro manuscrito foi realizado com 170 pacientes que internaram na unidade por mais de 24 horas. Os pacientes que morreram eram mais idosos, mais frágeis, tinham menor funcionalidade, e permaneceram mais tempo internados nesta unidade, com falência de múltiplos órgãos. Os fatores prognósticos mais fortemente relacionados com a mortalidade foram: idade >60 anos; doença renal crônica; insulto neurológico agudo não traumático; tempo de internação em UTI maior que cinco dias; falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias e a “pergunta surpresa”. O segundo manuscrito foi realizado com 37 profissionais da unidade, através de entrevista com duas questões norteadoras: O que você entende sobre cuidado paliativo? Como você percebe o cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva? Como resultado da pergunta um, obteve-se duas ideias centrais: cuidado na fase terminal da vida sem medidas fúteis e cuidados de conforto; assim como da pergunta dois: falta uniformizar a assistência e falta capacitação da equipe. O terceiro manuscrito refere-se ao protocolo interdisciplinar de cuidados paliativos, construído com base nos relatos dos participantes, nas entrevistas e grupos de discussão. O protocolo contemplou cuidados relativos à dor, à dispneia e à hipersecreção. Conclui-se que, com a elaboração do protocolo há a possibilidade de melhorar a organização da assistência aos pacientes em cuidados paliativos dessa unidade visando mais segurança, melhor comunicação entre a equipe e familiares e uniformização das condutas.

Palavras-chave: Protocolo interdisciplinar. Cuidado paliativo. Unidade de terapia intensiva.

GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros. **Interdisciplinary protocol for the control of pain, dyspnea and hypersecretion in patients under palliative care in the intensive care unit.** 2016. 200p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Post-Graduate Program in Nursing of the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Academic Tutor: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Research line: Health Care and Nursing in Acute Situations and Health Chronicles.

ABSTRACT

Needs to set guidelines to patients in palliative care based on symptoms. Objectives: 1.To compare the clinical and demographic characteristics of patients who died in the intensive care unit with those who were discharged; to compare the prognostic factors related to admission, underlying diseases and clinical outcome with the outcome of death; analyze the prognostic factors most strongly associated with outcome of death; 2. know the perception of health professionals in an intensive care unit about palliative care; 3. To develop an interdisciplinary protocol for the control of pain, dyspnoea and hypersecretion in patients under palliative care, in phase three terminal patients in intensive care unit. This is a joint study carried out in the Intensive Care Unit of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina and approved by the Research Ethics Committee under number 959555/2015 and CAAE 36643714.1.0000.0118. The quantitative study was a prospective cohort of patients admitted to the unit for more than 24 hours, and used as a tool to collect the data, a checklist, built from the scientific literature and validated by nine experts, with the aim of identifying the profile clinical and demographic of patients admitted in this unit and prognosis. The qualitative method was the Convergent Care Research with the participation of nine doctors, 12 nurses, 11 nursing technicians and five physiotherapists unit. The collection of qualitative data was by semi-structured interviews and focus groups. Data analysis used the technique of the Collective Subject Discourse, with the aid of Qualiquantisoft® software. The thesis of the results were presented in the form of manuscripts, to meet the objectives of the thesis. The first manuscript was conducted with 170 patients who were hospitalized in the unit for more than 24 hours. Patients who died were older, more fragile, they had less functionality, and remained hospitalized longer this unit with multiple organ failure. Prognostic

factors most strongly associated with mortality were age > 60 years; chronic kidney disease; acute neurological insult not traumatic; length of stay in ICU greater than five days; failure of more than two bodies for more than five days and the "surprise question". The second manuscript was carried out with 37 unit staff, through interviews with two key questions: What do you understand about palliative care and How do you perceive palliative care in the Intensive Care Unit. As a result of one question yielded two central ideas: care in the terminal phase of life without futile measures and care of comfort as well as the question two: lack standardize care and lack of staff training. The third manuscript refers to the interdisciplinary palliative care protocol built on the accounts of participants in interviews and discussion groups. The protocol included care for pain, dyspnoea and hypersecretion. We conclude that, with the preparation of the protocol there is the possibility to improve the organization of care for patients in palliative care this unit aimed more security, better communication between staff and family and standardization of conduct.

Keywords: Interdisciplinary protocol. Palliative care. Intensive care unit.

GULINI, Juliana El Hage Meyer de Barros. **Protocolo interdisciplinario para el control del dolor, la disnea y la hipersecreción en pacientes bajo cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos**. 2016. 200p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Supervisor: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Línea de investigación: Cuidado de la Salud y Enfermería en situaciones agudas y crónicas de salud.

RESUMEN

Es necesario establecer directrices a los pacientes en cuidados paliativos basados en los síntomas. Ojetivos: 1.Comparar las características clínicas y demográficas de los pacientes que murieron en la unidad de cuidados intensivos con aquellos que fueron dados de alta; comparación de los factores pronósticos relacionados con la admisión, enfermedades subyacentes y el resultado clínico con el resultado de muerte; analizar los factores pronósticos más fuertemente asociados con resultado de muerte; 2.Conhecer la percepción de los profesionales de la salud en una unidad de cuidados intensivos sobre los cuidados paliativos; 3. Desarrollar un protocolo interdisciplinario para el control del dolor, la disnea y la hipersecreción en pacientes bajo cuidados paliativos, en la fase tres pacientes terminales en la unidad de cuidados intensivos. Se trata de un estudio conjunto realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina y aprobado por el Comité Ético de Investigación con el número 959555/2015, CAAE 36643714.1.0000.0118. El estudio cuantitativo fue una cohorte prospectiva de pacientes ingresados en la unidad durante más de 24 horas, y se utiliza como una herramienta para recopilar los datos, una lista de verificación, construido a partir de la literatura científica y validado por nueve expertos, con el objetivo de identificar el perfil clínicas y demográficas de los pacientes ingresados en esta unidad y el pronóstico. El método cualitativo fue la Investigación Convergente Asistencial con la participación de nueve médicos, 12 enfermeros, 11 técnicos de enfermería y cinco por unidad de fisioterapeutas. La recogida de datos fue cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Análisis de datos utiliza la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo, con la ayuda de un software Qualiquantisoft®. La tesis de los resultados se presentaron en forma de manuscritos, para

cumplir con los objetivos de la tesis. El primer manuscrito se llevó a cabo con 170 pacientes que fueron hospitalizados en la unidad durante más de 24 horas. Los pacientes que murieron eran mayores, más frágil, que tenían menos funcionalidad, y permanecieron hospitalizados ya esta unidad con fallo multiorgánico. Los factores pronósticos más fuertemente asociados con la mortalidad fueron la edad > 60 años; enfermedad renal crónica; lesión neurológica aguda no traumática; duración de la estancia en la UCI superior a cinco días; fracaso de más de dos cuerpos por más de cinco días y la "cuestión sorpresa". El segundo manuscrito se llevó a cabo con el personal de la unidad 37, a través de entrevistas con dos preguntas clave: Qué entiende acerca de los cuidados paliativos y Cómo perciben los cuidados paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Como resultado de una pregunta produjo dos ideas centrales: cuidados en la fase terminal de la vida sin medidas fútiles y cuidado de confort, así como la pregunta dos: carecer de normalizar la atención y la falta de formación del personal. El tercer manuscrito se refiere al protocolo de cuidados paliativos interdisciplinario construida sobre las cuentas de los participantes en las entrevistas y grupos de discusión. El protocolo incluye el cuidado para el dolor, la disnea y la hipersecreción. Llegamos a la conclusión de que, con la preparación del protocolo existe la posibilidad de mejorar la organización de la atención a los pacientes en cuidados paliativos esta unidad destinada más seguridad, una mejor comunicación entre el personal y familiar y la normalización de la conducta.

Palabras clave: Protocolo interdisciplinario. Los cuidados paliativos. Unidad de terapia intensiva.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Cuidado curativo não integrado ao cuidado paliativo	40
Figura 2 - Cuidado curativo integrado ao cuidado paliativo.....	40
Figura 3 - Modelos de estruturas dos cuidados paliativos.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições de estágios dos cuidados paliativos	49
Quadro 2 - Publicações incluídas na revisão de acordo com o autor, ano de publicação, título do artigo, periódico, tipo de pesquisa e objetivos e resumo dos conteúdos. Florianópolis, SC, 2014.....	55
Quadro 3 - Categorias dos resultados acerca da retirada da VM. Florianópolis, SC, 2014	58
Quadro 4 - Pergunta 1, ideias centrais, quantitativo das respostas e representação gráfica da pergunta. Santa Catarina, 2015.....	115
Quadro 5 - Pergunta 2, ideias centrais, quantitativo das respostas e representação gráfica da pergunta. Santa Catarina, 2015.....	119
Quadro 6 - Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para DOR.....	135
Quadro 7 - Recomendações para o manejo da DOR por especialidade profissional	136
Quadro 8 - Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para DISPNEIA.....	142
Quadro 9 - Recomendações para o manejo da DISPNEIA por especialidade profissional	143
Quadro 10 - Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para HIPERSECREÇÃO.....	148
Quadro 11 - Recomendações para o manejo da HIPERSECREÇÃO por especialidade profissional.....	148

Quadro 12 - Recomendações para o manejo da
HIPERSECREÇÃO em comum para a Fisioterapia e
Enfermagem149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados da busca da literatura nas bases de dados eletrônicas. Florianópolis, SC, 2014	53
Tabela 2 - Comparação das características clínico-demográficas dos pacientes que morreram (G1) com aqueles que receberam alta hospitalar (G2). Região Sul do Brasil, 2015	95
Tabela 3 - Comparação entre os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito. Região Sul do Brasil, 2015.....	96
Tabela 4 - Avaliação dos fatores prognósticos mais fortemente ligados ao desfecho óbito. Região Sul do Brasil, 2015	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
BPS	Escala Behavioral Pain Scale
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CP	Cuidado paliativo
DHC	Doença hepática crônica
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DSC	Discurso do sujeito coletivo
ECH	Expressões-chave
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
EVA	Escala Visual Analógica
GD	Grupos de discussão
GEASS	Grupo de Estudos de Pessoas em Situações Agudas de Saúde
HGT	Hemoglicoteste
IC	Ideia central
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOT	Intubação orotraqueal
IRC	Insuficiência renal crônica
IVC	Índice de validade de conteúdo
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática baseada em evidência
PCA	Pesquisa convergente assistencial
PID	Programa de Internação Domiciliar
PPS	Palliative performance scale
SAPS III	Simplified Acute Physiology Score III
SAV	Suporte artificial de vida
SNG	Sonda nasogástrica
SOFA	Sepsis Related Organ Failure Assessment
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TENS	Transcutaneous electrical nerve stimulation
UTI	Unidade de terapia intensiva

VM	Ventilação mecânica
VNI	Ventilação não invasiva
SpTO₂	Saturação periférica de oxigênio
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS.....	37
2.2 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS	42
2.3 CUIDADO PALIATIVO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	44
2.3.1 Avaliação do paciente em cuidado paliativo na UTI.....	46
2.4 A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO PALIATIVO	49
2.5 RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA.....	52
3 METODOLOGIA	67
3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO	67
3.2 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUANTITATIVA.....	69
3.2.1 Definição e caracterização das variáveis	72
3.2.1.1 <i>Variável dependente</i>	73
3.2.1.2 <i>Variável independente</i>	73
3.3 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUALITATIVA	76
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	83
4 RESULTADOS	85
4.1 MANUSCRITO 1 - FATORES PROGNÓSTICOS RELACIONADOS AO DESFECHO ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM DE UMA AVALIAÇÃO PALIATIVISTA.....	86
4.2 MANUSCRITO 2 - A EQUIPE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO CUIDADO PALIATIVO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	108
4.3 MANUSCRITO 3 - PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES.....	179
ANEXOS	191

1 INTRODUÇÃO

Unidade de terapia intensiva (UTI) é a dependência hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional e demais recursos humanos especializados, além de equipamentos. Essa unidade é sinônimo de gravidade e apresenta taxas de mortalidade entre 5,4 a 33% (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

A mortalidade em curto prazo é relacionada à gravidade da doença inicial aferida através de escores. Com relação aos desfechos a longo prazo, existem menos informações, não apenas em relação à sobrevida, mas também, no que diz respeito à recuperação da capacidade funcional e o retorno às suas atividades (MORAES; FONSECA; LEONI, 2005).

A tendência atual é de que todos os pacientes com doenças que ameacem a vida devam receber de forma precoce e integrada cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares, atendendo aos critérios de beneficência, não maleficência e de autonomia. Em UTI, a integração entre os cuidados paliativos e curativos desde o momento da admissão é ressaltada com cada vez mais importância na busca de um atendimento de qualidade (DE FABRIS et al., 2014)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos (CP) se constituem numa:

Abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 14).

Desse modo, estas formas de cuidado não se anulam, podendo ser complementares no cuidado do paciente em situações de risco de vida e a sua família, estando esse paciente em situação crônica ou aguda de saúde (MORITZ et al., 2011).

Sendo assim, os CP não abreviam a vida da pessoa, apenas aceitam que a morte natural é uma dimensão do processo de viver, e que

quando se suspende um tratamento, é por ser considerado fútil e por prolongar o sofrimento da pessoa (MORITZ et al., 2011).

Devido à abrangência das necessidades terapêuticas a estas pessoas em CP, o paliativismo deve envolver uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes. Isto porque CP, assim como o curativo, deve atender o paciente de modo integral, considerando todos os sinais e sintomas das comorbidades que o acomete, inclusive as necessidades da família. Atualmente se percebe um crescimento da equipe multidisciplinar nas UTIs para tornar o cuidado mais integrado, e fornecer ao paciente crítico toda a oportunidade de tratamento existente (FILHO et al., 2008; MARCUCCI, 2005).

No início, a equipe multidisciplinar em CP surgiu para tratar os pacientes com câncer, mas nos dias atuais este cuidado está indicado nas mais diversas intercorrências clínicas (FILHO et al., 2008).

Diante disso, foram estabelecidos alguns critérios de recomendação para CP, considerando o possível em indicação para aqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que apresentam sofrimento moderado a intenso e que optam por manutenção de conforto. Um dos critérios mais discutidos é o que se refere ao prognóstico de tempo de vida do paciente. O limite designado em seis meses de expectativa de vida poderia ser utilizado para indicação de CP exclusivos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Entretanto, para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam nesta decisão de encaminhar aos Cuidados Paliativos. Alguns destes critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas, como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas, perda funcional também são utilizados (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Sendo o prognóstico uma parte importante nos cuidados de fim de vida, torna-se útil para promover o planejamento futuro e determinação se um paciente é elegível para uma avaliação paliativista e, posteriormente, cuidado paliativo exclusivo. Assim, faz-se necessário

uma melhor comunicação entre os membros da equipe a fim de que todos tenham o mesmo entendimento da situação do paciente e se estabeleça metas do cuidado. Instrumentos validados de prognóstico estão relacionados à funcionalidade global, à doença de base e às complicações agudas da doença de base (BRUGGEMAN et al., 2015).

Para eleger os pacientes em CP, existem escalas de avaliação funcional utilizadas para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constituem num elemento valioso na tomada de decisões, na previsão de prognóstico e no diagnóstico da terminalidade. Dentre elas, a Palliative Performance Scale (PPS) (Anexo A) avalia itens como deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingesta e nível de consciência (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Além da utilização das escalas funcionais para conhecer o prognóstico, deve-se ter conhecimento sobre as fases da assistência intensiva, onde o paciente em cuidado paliativo se enquadra, como descrevem Moritz et al. (2011): **Primeira fase** - condição clínica na qual a equipe percebe uma maior possibilidade para a recuperação do que para o desfecho da morte ou para a condição de irreversibilidade. Julga-se, de acordo com a beneficência e à autonomia, que a prioridade é o tratamento que busca a cura/reestabelecimento. Os CP serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo (Morte pouco provável). **Segunda fase** - condição clínica na qual a equipe percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade. Estabelecido o consenso entre equipe, paciente e família, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais pela equipe e paciente/família. (Morte prevista para dias, semanas ou meses). **Terceira fase** - condição clínica na qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte. O CP passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares (Morte prevista para horas ou dia) (MORITZ et al., 2011).

Uma situação que gera angústia nos profissionais de saúde, em especial da UTI, são as decisões de suspensão ou não introdução de terapias de suporte de vida, onde em média 60 a 80% dos doentes morrem após uma dessas decisões (CHUNG et al., 2016). Em um estudo realizado na Argentina, Brasil e Uruguai sobre a percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, a reanimação

cardiorrespiratória, a administração de drogas vasoativas, os métodos dialíticos e a nutrição parenteral foram as terapias mais frequentemente suspensas ou recusadas nos três países. A analgesia e a sedação foram as terapias menos suspensas nos três países e, no Brasil, a ventilação mecânica é menos frequentemente suspensa em comparação aos outros países (MORITZ et al., 2010).

Embora existam critérios para a avaliação da condição de terminalidade, é difícil a decisão de quando o paciente crítico deverá receber CP, porque existem diferentes particularidades no que concerne ao paciente que interna na UTI e evolui para uma doença considerada terminal. Na maioria das vezes, os doentes são admitidos nas UTIs quando existe possibilidade de reversão da doença. Entretanto, a evolução pode ser desfavorável tanto para aqueles previamente hígidos quanto para os que sofrem de doenças crônicas degenerativas e apresentam uma intercorrência aguda e potencialmente reversível (MORITZ et al., 2012).

Deve-se então, identificar na UTI os pacientes que terão maior chance de sobreviver em relação àqueles que terão maior probabilidade de morrer, a fim de se iniciar precocemente a abordagem dos CP no controle dos principais sintomas, para isso faz-se necessário identificar os fatores prognósticos que mais se correlacionam com o óbito nos pacientes que internam nessas unidades (HISSA et al., 2013).

Alguns critérios auxiliam a encaminhar o paciente aos CP, como as condições mórbidas específicas de Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica, Demência e outras doenças degenerativas progressivas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012), e recomenda-se que todo paciente de UTI, por sua gravidade, deva receber cuidados paliativos associados desde o início para a abordagem dos sintomas desagradáveis que podem piorar a sua qualidade de vida (MORITZ et al., 2012).

Sabe-se que o CP deve ser prestado nas três fases de assistência intensiva, porém, neste estudo, optou-se pela fase três, pelo fato da proposta de elaboração do protocolo interdisciplinar de CP contemplar apenas os sintomas de dor, dispneia e hipersecreção, sintomas esses mais prevalentes nos pacientes, nesta fase da terminalidade, dentro da terapia intensiva em que os profissionais de fisioterapia, enfermagem e medicina podem atuar de maneira interdisciplinar.

A literatura traz como os principais sintomas que acometem os pacientes em cuidados paliativos: dor, dispneia, hipersecreção, hemoptise, náusea, vômito, constipação e diarreia, soluço, obstrução

intestinal maligna, hemorragias, fadiga, caquexia, anorexia, ansiedade, depressão, delírium, dentre outros (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A atuação multiprofissional no paciente em cuidados paliativos deve ser focada no controle dos sintomas que causam desconforto ao paciente terminal. Porém, não se tem na literatura uma atuação específica deste controle em UTI. Kretzer (2012) relata que ainda são poucos os estudos sobre o tema, e a maioria deles versa com pacientes oncológicos, mas mesmo assim, dentre os sintomas mais prevalentes que podem ser extrapolados para os doentes críticos em UTI, encontram-se a fadiga, a dor, a dispneia, o delírio, a ansiedade, a constipação e a depressão.

Segundo o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (2008), na interdisciplinaridade há reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre as áreas envolvidas, permitindo a troca entre áreas de conhecimento, o que requer trabalhar os conflitos uma vez que estes são inevitáveis e universais.

Devido a uma convivência diária com pacientes críticos que recebem CP, surgiu a inquietação de encontrar a melhor maneira de poder atuar no controle destes sintomas e de forma integrada com a equipe de saúde da unidade. Sendo assim, para esta pesquisa serão abordados apenas os sintomas de dor, dispneia e hipersecreção, por serem os sintomas onde a fisioterapia tem atuação de forma direta e interligada juntamente com os profissionais médicos e de enfermagem.

Portanto, baseado nos princípios dos cuidados paliativos: Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; Não acelerar nem adiar a morte; Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto; Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e Iniciar o mais precocemente possível o CP, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

(ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009), justifica-se a realização desta pesquisa de doutoramento.

Aliadas à justificativa acima se acrescenta outras razões para a realização deste estudo: o fato de se ter vivenciado na UTI diversas situações de pacientes diagnosticados como “fora de possibilidade terapêutica” com diagnóstico de morte próxima, e o dilema dos profissionais da medicina, enfermagem e fisioterapia em saber qual a melhor condução dos cuidados aos pacientes com esse diagnóstico. Essas dúvidas permeiam situações como, por exemplo, a suspensão ou manutenção da ventilação mecânica (VM), decisões se o paciente deve ou não ser extubado ou intubado, que tipo de monitoração deve ser mantido no paciente terminal em terapia intensiva, entre outras angústias do dia a dia do intensivismo.

A suspensão ou manutenção da VM nos pacientes em CP é um dos dilemas éticos que os profissionais da UTI, do local do estudo desta pesquisa, vivenciam a cada dia. Esta preocupação acerca de qual a melhor decisão a ser tomada também foi uma das inquietações trazidas para a pesquisa.

Além disso, apesar da literatura preconizar que o paciente em cuidados paliativos deva receber atendimento interdisciplinar, o que ocorre na prática são ações isoladas de cada profissional, sem uma diretriz de quais condutas devem ser realizadas para o paciente baseada nos seus sintomas, e de forma integrada.

Acrescenta-se ainda, o fato de se acreditar que a realização desta pesquisa de doutoramento poderá contribuir com o avanço do conhecimento na área de terapia intensiva em relação aos cuidados paliativos e, em especial, para a fisioterapia, e também, poderá contribuir no processo de construção do conhecimento do Grupo de Estudos de Pessoas em Situações Agudas de Saúde (GEASS) do qual esta autora faz parte, na linha de pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas em Saúde, uma vez que o desenvolvimento de uma nova proposta para o cuidado à saúde das pessoas em cuidados paliativos em UTI, possa melhor sustentar as práticas em saúde para essa população.

Diante do exposto, defende-se a tese de que o cuidado paliativo, devido a sua complexidade, deve ser prestado por uma equipe interdisciplinar que assegure ao paciente melhor qualidade de vida possível, o que pressupõe um conjunto de ações estruturadas por meio de um protocolo, porém, sem deixar de considerar as especificidades do paciente.

Frente a essas considerações surgem os questionamentos que nortearam este estudo:

Como está caracterizado o paciente em cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva?

Qual a percepção dos profissionais acerca do cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva e que intervenções são necessárias para compor um protocolo assistencial interdisciplinar específico ao pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva?

Para responder a essas indagações o estudo tem como objetivos:

OBJETIVOS GERAIS:

1. Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito.

2. Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo.

3. Elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica que se apresenta objetiva subsidiar as intervenções que serão realizadas para a elaboração do protocolo em cuidados paliativos. Tem como base principal o Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais da base de dados eletrônica PUBMED (National Library of Medicine) e livros específicos de Cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva e Cuidados Paliativos com abordagem geral.

Desta forma, este capítulo terá sequência com os seguintes tópicos:

- Cuidados Paliativos;
- Princípios dos Cuidados Paliativos;
- Cuidado Paliativo em Unidade de Terapia Intensiva;
- Avaliação do Paciente em Cuidado Paliativo em UTI;
- A Interdisciplinaridade no Cuidado Paliativo.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

O verbo paliar, do latim *palliare, pallium*, significa em seu modo mais abrangente, proteger, cobrir com capa. No entanto, paliar é mais usado em nosso meio, como aliviar provisoriamente, remediar, revestir de falsa aparência, dissimular, bem como adiar, protelar (FILHO et al., 2008).

O Cuidado Paliativo (CP) se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma. Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

No St. Lukes' Home, em Londres, a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders foi trabalhar em meados do século XX. Inconformada com o sofrimento humano, estudou medicina e se formou aos 40 anos de idade. Dedicou-se ao estudo do alívio da dor nos doentes terminais, tornando-se o marco nos cuidados a pacientes no final da vida

(CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Em 1967, Cicely fundou em Londres o St Christofer Hospice e deu início ao que se chama hoje de Movimento Hospice Moderno, que permitia não só a assistência aos doentes, mas a inclusão do ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009), além disso, propiciava cuidados domiciliares, apoio às famílias no decorrer da doença e seguimento pós-morte dos pacientes com ajuda especializada no luto (SANTOS, 2011).

Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Kluber-Ross, nos Estados Unidos, fez com que o Movimento Hospice também crescesse naquele país (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

A partir de então, esse cuidado foi evoluindo, e foram sendo reformulados seus conceitos, quando em 2002 a OMS conceituou CP como:

“Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 14).

O CP é mais que um método, é uma filosofia do cuidar. O CP visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões. Seu objetivo é dar aos pacientes e seus familiares, a melhor qualidade possível de vida, a despeito do estágio de uma doença, ou a necessidade de outros tratamentos. O CP se complementa ao já tradicional cuidado curativo, incluindo objetivos de bem-estar e de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, ajudando-os nas tomadas de decisões, e promovendo oportunidades de crescimento e evolução pessoal (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Os CP devem integrar todos os setores de cuidados em saúde: emergências, UTI, enfermarias, internações domiciliares – *homecare* e até *Hospices*, que no Brasil poderíamos chamar de instituições asilares nível três. Quando existe uma equipe de CP, ela colabora sinergicamente

com outros profissionais de saúde, em cada um desses ambientes (FILHO et al., 2008).

Um aspecto presente na elaboração dos CP é a consideração da autonomia do paciente. Em alguns países, como nos Estados Unidos, existe um documento conhecido como “diretivas antecipadas” (*advanced directives*) que são as instruções deixadas por escrito pelo paciente sobre os cuidados referentes à sua saúde, que desejaria que fossem fornecidos numa eventual incapacidade de ele poder decidir, inclui a designação de alguém, legalmente reconhecido como seu legítimo procurador, com poder vicário de decidir sobre eventuais intervenções (MENEGÓCIO et al., 2010).

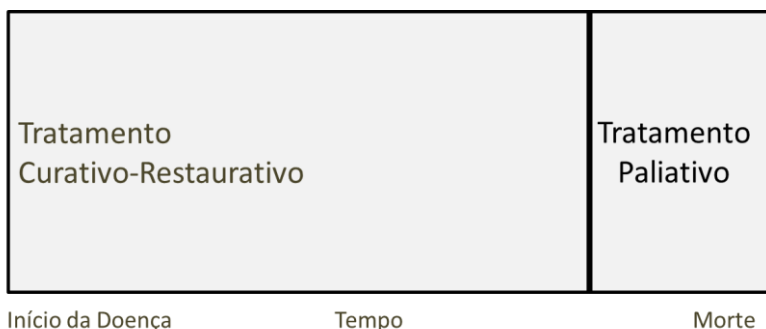
Este tipo de documentação não é encontrado na legislação brasileira. O que se tem é o que foi publicado em 2006 pelo Conselho Federal de Medicina homologando a “Resolução 1805, que reconhece como procedimentos eticamente adequados a retirada ou não da oferta de tratamento para pacientes considerados como terminais, abrindo espaço na prática de ordens de não reanimar dentro das suas margens éticas atuais” (MENEGÓCIO et al., 2010).

Com isso os CP vêm se instalando para que haja melhor assistência aos pacientes na fase final da vida, em especial na UTI, onde frequentemente são acompanhados por um significativo sofrimento emocional, sendo necessário prestar melhor suporte aos pacientes e familiares (HSU-KIM et al., 2014).

Começar precocemente a abordagem paliativa permite a antecipação dos sintomas, podendo preveni-los. A integração do CP à equipe da UTI que promove o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados, que perpassa todo o tratamento, desde o diagnóstico até a morte e o período após a morte do doente (MENEGÓCIO et al., 2010).

O tratamento do cuidado intensivo deve andar em conjunto com o CP, sendo que um modelo de atendimento não inviabiliza o outro, eles se complementam. Não se trata de eleger um tipo de cuidado quando se considera que o outro não seja adequado. O ideal é que se façam as duas coisas em todos os momentos, de forma personalizada e dinâmica. O CP e o cuidado restaurativo devem andar juntos conforme mostram as figuras 1a e 1b a seguir (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008; ASLAKSON et al., 2014).

O modelo atual da figura 1 retrata que no início da doença o cuidado curativo é o que predomina, e ele é bruscamente interrompido quando a doença não evolui da forma esperada, e o paciente passa para CP, muito próximo da morte.

Figura 1 - Cuidado curativo não integrado ao cuidado paliativo

Fonte: Adaptado do livro de Moritz et al. (2012).

Figura 2 - Cuidado curativo integrado ao cuidado paliativo

Fonte: Adaptado do livro de Moritz et al. (2012).

Na figura 2, modelo a que se propõe este estudo, no início da doença o CP e curativo caminham juntos, porém, nesse início, prevalece a abordagem curativa. À medida que a doença do paciente vai evoluindo de forma desfavorável, o CP vai crescendo e tendo atuação mais preponderante, e o cuidado curativo vai diminuindo, até chegar aos últimos seis meses de vida, a horas de vida, e na sequência, o CP se estabelece como pleno, tendo atuação também após a morte do paciente, com o luto dos familiares.

O estudo de O'Mahony et al. (2010), mostrou que a inserção de uma equipe de CP na rotina diária da equipe de UTI, através de *rounds* diários, proporciona um aumento na taxa de formalização de diretivas antecipadas, e os pacientes que receberam consulta de CP tinham ordens de não reanimar bem definidas; propicia benefícios aos pacientes, familiares e a equipe da UTI, por tratar melhor os sintomas, auxilia na decisão de retirada ou suspensão de terapias fúteis como a suspensão da ventilação mecânica (VM), suspensão de suporte inotrópico, interrupção da nutrição artificial, diálise e hidratação, consideradas intervenções não benéficas que prolongam a vida.

No Brasil, a primeira iniciativa de formação de serviço de CP de que se tem notícia aconteceu em 1983, no Hospital das Clínicas de Porto Alegre - RS. (SANTOS, 2011).

Outras iniciativas vêm surgindo ao longo do período, como a criação de serviços de CP em 1986, do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Em 1997, há a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, em São Paulo, e em 2005, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, também em São Paulo (SANTOS, 2011).

Em 2008, o Brasil contava com 14 serviços de CP registrados, ou seja, um serviço para cada 13.285.000 habitantes, sendo quase todos localizados na região sudeste, grande parte na cidade de São Paulo (SANTOS, 2011).

Em busca realizada na página da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, encontrou-se o cadastro de 49 serviços de CP com a modalidade de interconsulta, e 26 serviços com a modalidade de enfermaria, e apenas 8 hospitais especializados em serviços de CP no Brasil atualmente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2014).

Em Santa Catarina foram encontrados apenas dois serviços, sendo um deles localizado em Florianópolis com as modalidades de atendimento: Equipe de interconsulta, Enfermária, Ambulatório, Assistência domiciliar, Hospital/dia, localizados no Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON. O outro é o Serviço de CP do Complexo Hospitalar Unimed, com as modalidades: equipe de interconsulta e assistência domiciliar, localizado na cidade de Joinville, sendo que nenhum dos dois está no cadastro de hospitais especializados (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2014).

O serviço de CP foi implantado no CEPON em 1989, iniciando-se com consultas em CP, mas logo o atendimento se estendeu para os pacientes em domicílio (PID - Programa de Internação Domiciliar). A

unidade de internação dos CP possui 12 leitos e 01 leito de isolamento de uso comum das unidades hospitalares (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2014).

2.2 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os CP são reconhecidos como elementos essenciais dos cuidados à pessoa doente e constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes em fase final de vida e seus familiares.

O objetivo maior dos CP é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e às suas famílias, e essas devem ser incorporadas ativamente aos cuidados, inclusive durante a fase de luto (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Sendo assim, têm-se como princípios dos CP (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis

Baseia-se em ter os conhecimentos específicos necessários para que se possa promover o alívio de todos os sintomas, dentre eles o físico, o espiritual e psicossocial para promover o bem-estar do paciente.

2. Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida

O CP resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida, sendo importante que os profissionais da saúde, principalmente os que atuam em UTI, tenham o conhecimento disto e aceitação do processo.

3. Não acelerar nem adiar a morte

Enfatiza-se que o cuidado paliativo não tem a intenção de que a morte aconteça logo, e sim, tem a proposta de elucidar e orientar a equipe de saúde quanto ao prognóstico de várias doenças progressivas e incuráveis, ameaçadoras da vida, para que se diminua as obstinações terapêuticas e o sofrimento dos pacientes e familiares.

4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

Enfatiza-se a abordagem das perdas, não só físicas, mas de autonomia, de respeito, materiais e outras que tanto o paciente quanto sua família sofrem diante de uma doença que ameaça a vida; e traz o auxílio da psicologia e espiritualidade para auxiliar neste processo.

5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte

Enfatiza-se oferecer a qualidade de vida aos pacientes até seus últimos momentos de vida diante dos vários aspectos de que ele necessitar e de acordo com as vontades e necessidades do paciente.

6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto

Lembrar que um paciente nunca vem só para nós. Atrás dele existem famílias e amigos aos quais devem ser prestado apoio durante o processo de doença do paciente e após a partida do mesmo. O paciente vai, mas a família fica.

7. Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto

Incluir a família no processo do cuidar da doença e confortar no processo pós-morte tanto pela equipe da psicologia, quanto pelo restante da equipe multiprofissional.

8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença

Ter uma abordagem holística, respeitando seus desejos e suas necessidades a fim de melhorar o curso da doença com qualidade de vida e controlando todos os sintomas.

9. Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Enfatiza-se que o cuidado paliativo deve ser iniciado desde o início da doença, desde o diagnóstico, para que se possa cuidar do paciente em todas as fases dela, fazendo-se uma avaliação completa do paciente incluindo a funcionalidade para que se possa acompanhar a evolução.

2.3 CUIDADO PALIATIVO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

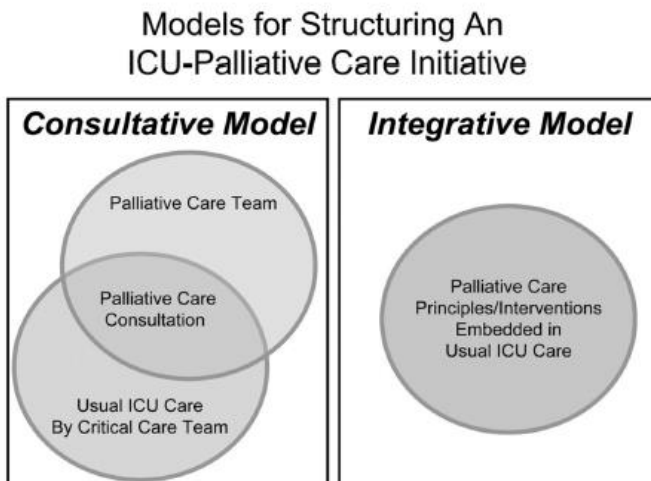
A UTI é o setor do hospital para onde são encaminhados os pacientes que apresentam doenças agudas ou complicações de doenças crônicas que demandem atenção especial pelo alto risco de agravo ou mortalidade e/ou pela necessidade de monitorização contínua de sinais e sintomas clínicos, além de variáveis fisiológicas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

O avanço tecnológico tem permitido que as UTIs sejam providas cada vez mais de recursos para cumprir sua função primordial: compreender e identificar a fase de evolução daquele processo agudo específico ou avaliar as respostas às várias intervenções terapêuticas destinadas ao tratamento daquele quadro em particular. Nas últimas décadas, o desenvolvimento de equipamentos cada vez mais sofisticados possibilita o suporte artificial e até a substituição da função de órgãos e sistemas por tempo, teoricamente, indefinido (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Com isso, a obstinação terapêutica na busca da cura perde a noção dos limites que devem ser observados para que a monitorização e o suporte à função de órgãos vitais não se tornem, ao invés de uma luta pela vida, uma luta contra a morte (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Para isso, existem dois principais modelos de integração de CP na UTI, conforme figura abaixo. O "modelo consultivo", que se concentra em aumentar o envolvimento e eficácia dos consultores de CP no atendimento de pacientes de UTI e suas famílias, particularmente naqueles identificados como alto risco para desfechos ruins. E o "modelo integrativo," que procura incorporar princípios e intervenções de CP em prática diária pela equipe da UTI para todos os pacientes e famílias que enfrentam a doença crítica (NELSON et al., 2010).

Figura 3 - Modelos de estruturas dos cuidados paliativos



Fonte: Nelson et al. (2010).

O estudo de Villarreal et al. (2011) relata que apenas uma minoria dos pacientes que morrem nas unidades de cuidados intensivos recebem serviços de CP. Nesse estudo, as equipes de CP participaram de *rounds* diários para identificar pacientes em risco de mau prognóstico que poderiam se beneficiar de consulta de CP. Os resultados desse estudo mostraram que a consulta de CP aos pacientes internados na UTI aumentou, em decorrência da solicitação da equipe da UTI, e eles se beneficiaram deste atendimento.

No Brasil não existe estruturação do atendimento e dos serviços de CP nas UTIs. Iniciativas individuais em hospitais públicos e particulares, mesmo aqueles com Serviço de CP já montados, têm atuado de forma ainda acanhada nas UTIs. A fase é de criação de protocolos para delinear o reconhecimento do paciente elegível para CP (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Entretanto, saber identificar o exato momento em que o paciente de UTI tem indicação de CP é muito difícil, envolvendo questões de prognóstico da doença, qualidade de vida, expectativa do paciente e de seus familiares perante a doença existente, entre muitas outras decisões, dentre elas a ética (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Nelson et al. (2010) descrevem alguns critérios que desencadeiam a indicação para consulta de CP, como: dados prévios do paciente (preexistência de dependência funcional; idade maior que 80 anos; estágio avançado de malignidade); diagnósticos agudos (isquemia cerebral global após infarto cardíaco, prolongada disfunção de múltiplos órgãos); e/ou uso de critérios de dados de saúde (duração de tratamento específico na UTI, encaminhamento para gastrostomia ou traqueostomia, decisão de suspender terapias de suporte de vida como a diálise).

Além disso, para que se melhore a estruturação dos atendimentos aos pacientes em CP, devem ser levados em consideração seus familiares, que geralmente apresentam uma alta prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), associados à necessidade de seu parente querido estar na UTI. Essas famílias se sentem excluídas, o que aumenta sua carga de sofrimento depois que um ente querido morre na UTI. Estes dados fornecem fortes evidências de que existem muitos problemas com a qualidade do cuidado no ambiente da UTI em situações de terminalidade (CURTIS et al., 2008).

2.3.1 Avaliação do paciente em cuidado paliativo na UTI

Embora possam existir critérios para avaliação de *status* de terminalidade, é difícil a decisão de quando o paciente crítico deverá receber CP plenos. Na maioria das vezes os pacientes internam na UTI quando existe possibilidade de reversão da doença, entretanto, a evolução pode ser desfavorável tanto para aqueles previamente hígidos quanto para os que sofrem de doença crônica degenerativa e apresentam uma intercorrência aguda. Em UTI é comum que o paciente passe do bom estado geral pré-internação na UTI para a fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas (MORITZ et al., 2012).

Previsão de sobrevida é um aspecto importante dos CP. A previsão precisa de sobrevivência, é necessária por razões clínicas, organizacional e ética, em especial, a fim de evitar a administração de terapias inapropriadas e infligir dano ou desconforto aos pacientes vulneráveis, e planejar estratégias de cuidados específicos (SCARPI et al., 2011).

A definição do momento exato de um doente se enquadrar em processo de CP é melhor estabelecida em países estrangeiros com

documentação que garante a autonomia do paciente e com índices prognósticos relacionado à terminalidade. No entanto são utilizados somente índices prognósticos que caracterizam a gravidade do paciente, direcionando-o à UTI (MENEGÓCIO et al., 2010).

A esse respeito, para a UTI existem alguns sistemas de pontuação, chamados de índices prognósticos usados para estimar a gravidade da doença, prever a mortalidade, avaliar o uso de recursos hospitalares e a eficácia dos cuidados intensivos, e auxiliar nas decisões terapêuticas e éticas.

Os índices prognósticos mais utilizados são: o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II); o *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS III); e, o *Sepsis Related Organ Failure Assessment* (SOFA) (HISSA et al., 2013).

Nesta pesquisa, utilizou-se o SAPS III que foi recentemente desenvolvido, sendo composto de 20 diferentes variáveis mensuráveis na admissão do paciente à UTI. As variáveis são divididas em três partes, variáveis demográficas, razões pela admissão na UTI e variáveis fisiológicas, elas representam o grau de comprometimento da doença e avaliação do estado de saúde prévio à admissão hospitalar, indicadora da condição pré-mórbida. Para cada uma das variáveis analisadas se confere um peso, conforme a gravidade do distúrbio fisiológico. Na teoria, o menor valor atribuído pelo escore é 16 e o maior é 217 pontos. As variáveis fisiológicas que compõem o escore fisiológico agudo são: temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e respiratória, oxigenação, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, bilirrubina, hematócrito, leucócitos, plaquetas e escala de coma de Glasgow (JUNIOR et al., 2010).

Especificamente nos CP uma das ferramentas que se tem disponíveis na avaliação de prognóstico diz respeito à capacidade funcional do paciente. Para medir estes declínios funcionais, existem escalas que podem ser utilizadas para avaliar sua capacidade de realizar determinadas atividades básicas. Essas escalas são importantes para definir o prognóstico em CP (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Inicialmente, o estudo do desempenho de Karnofsky mostra que o nível de desempenho é um importante preditor de sobrevivência. Doença preexistente, o tratamento prévio, o estado psicológico e o apoio social podem afetar o tempo de sobrevivência de uma doença terminal (WOELK; HARLOS, 2014).

Em 2002, foi criada a PPS (Palliative Performance Scale) adaptada da Karnofsky Performance Scale (KPS), e demonstrou que só

10% dos pacientes com PPS igual a 50% têm sobrevida superior a seis meses. Estes pacientes devem ter acompanhamento ativo por equipe de Cuidados Paliativos. A fase final da vida coincide com PPS em torno de 20% (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Essa escala avalia as condições de funcionalidade do paciente, como deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência, pontuando de 100 a 0, a partir de como o paciente se encontra, sendo que quanto maior o valor mais independente está o paciente.

Outra ferramenta prognóstica é a avaliação da fragilidade do paciente. É definida como uma síndrome multidimensional caracterizada pela perda de reserva física e cognitiva que leva ao aumento da vulnerabilidade a eventos adversos (McDERMID; STELFOX; BAGSHAW, 2011).

A escala clínica de fragilidade de K. Rockwood apresenta um escore de 9 escalões clínicos, considerando frágil os indivíduos acima do 5º e que defende a integração de fatores cognitivos e sociais agrupados no conceito “a fragilidade multidomínio”, incluindo a cognição, o humor, a motivação, habilidades motoras, equilíbrio, capacidade para as atividades de vida diária, nutrição, *status* social e comorbidades, variando os escores de robusto, bem/saudável à fragilidade terminal. A Escala Clínica de Fragilidade se encontra no Anexo B desta pesquisa.

O conceito da fragilidade incorpora a complexa interação entre comorbidades dos pacientes, estado funcional, fisiológico e reserva de idade e se caracteriza pela acumulação de numerosos déficits de saúde. A fragilidade tem se mostrado um preditor a longo prazo de risco de morte, hospitalização e institucionalização em populações geriátricas (FISHER et al., 2015).

Os índices prognósticos aplicados aos pacientes críticos desempenham um papel fundamental, vez que é possível estabelecer uma estimativa da evolução de uma determinada população de pacientes internados. A partir disso, estabelecer metas de cuidado aos pacientes e avaliar critérios de elegibilidade para uma avaliação paliativista.

O fato de estar em condição de incurabilidade não significa que não haja mais o que ser feito à luz do conhecimento acumulado na área da assistência à saúde. O que muda é o enfoque do cuidado, que agora se volta às necessidades do doente e sua família, em detrimento do esforço pouco efetivo para curar doença (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

O quadro abaixo apresenta algumas definições de estadiamento dos cuidados paliativos, extraídos de Menegócio et al. (2010) adaptado do livro do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (2008).

Quadro 1 - Definições de estágios dos cuidados paliativos

Paciente terminal	A literatura mundial o define de formas diferentes, como a existência de doença incurável, o período compreendido entre o final do tratamento curativo e a morte, ou, ainda, como a fase designada como processo de morte, que inclui duas fases distintas: últimas semanas de vida e últimas horas de vida.
Paciente elegível para Cuidados Paliativos	A pessoa portadora de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou anos. Em doenças de progressão lenta, como o Mal de Alzheimer, algumas síndromes neurológicas e determinados tipos de tumor, considera-se o período de alta dependência para as atividades de vida diária, com possibilidade de um prognóstico superior a um ano de vida. Corresponde a um perfil funcional igual ou inferior a 40%, ou menos, na escala de Karnofsky ou PPS.
Paciente em processo de morte	Aquele que apresenta sinais de rápida progressão da doença, com prognóstico estimado a semanas de vida a mês.
Fase final da vida	Aquele período em que supostamente o prognóstico de vida pode ser estimado em horas ou dias.

Fonte: Adaptado do livro CREMESP (2008).

2.4 A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO PALIATIVO

Os CP constituem um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças avançadas e em fase terminal (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Para que se façam CP é necessário que haja uma integração de vários profissionais para a assistência ao paciente.

O desafio está em possibilitar que as diversas áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e formas de intervenções variadas, possam agir de forma integrada sem que se instale, necessariamente, um esquema hierárquico, através do estabelecimento de ações comuns organizadas, planejadas e executadas, alicerçadas em um contrato de convivência e calcadas em princípios éticos. Entretanto, existem

diferentes denominações para esta ação integrada entre os profissionais. Dentre os termos mais utilizados estão a *multi*, *inter* ou *transdisciplinaridade* com intenções semelhantes, assim como, debates intensos para qualificar o trabalho em equipe (FROSSARD, 2014).

O adjetivo multidisciplinar, composto pelo prefixo latino *multi*, se emprega adequadamente “no que se refere a” ou que abrange muitas disciplinas. Interdisciplinar, por sua vez, deriva do prefixo latino *inter*, que traduz a idéia de posição intermediária ou de reciprocidade; portanto, pode adjetivar “situações comuns a duas ou mais disciplinas ou ramos de conhecimento”. O termo transdisciplinaridade seria o nível mais elevado das relações iniciadas nos níveis de *multi*, *pluri* e interdisciplinaridade (FROSSARD, 2014).

Segundo Santos et al. (2007) a multidisciplinaridade é uma associação entre disciplinas, porém essa associação não tem a finalidade de produzir um conhecimento novo, a partir de suas inter-relações, ou seja, um objeto de estudo é refletido/discutido de formas diferentes e de acordo com a disciplina que o estuda, sem que haja uma troca de conhecimento entre as disciplinas (SANTOS et al., 2007).

Sobre a interdisciplinaridade, relata-se sobre a possibilidade do diálogo entre os diferentes campos do saber, sendo apontada como laços existentes entre as diversas disciplinas das ciências do homem, e entre estas e as ciências exatas e naturais (SANTOS et al., 2007).

A transdisciplinaridade foi um termo proposto por Jean Piaget, que cria uma abordagem de conhecimento que transcenda as disciplinas e no qual as fronteiras entre elas se desfaçam (SANTOS, 2011).

Em CP esta necessidade de uma denominação do trabalho em equipe surge para que se atue no indivíduo de uma maneira integral, tanto do ponto de vista dos conhecimentos de diferentes profissões, como do ponto de vista da sensibilidade, emoção e engajamento existencial de quem se envolve com tal cuidado (SANTOS, 2011).

Franklin Santana (2011) relata que equipes multidisciplinares consistem em profissionais de saúde independentes, que conduzem avaliações, planos de ação e cuidados independentes, com pouca comunicação com outros membros. Já as equipes interdisciplinares funcionam como unidades colaborativas integradas para estabelecerem objetivos comuns no cuidar. Este autor relata ainda, que o termo transdisciplinar não consta em nenhum texto de CP, pois ele retrata a ideia de plena construção e não tem métodos estabelecidos. Portanto, a equipe interdisciplinar realiza as interações entre conhecimentos e ações de diferentes áreas, mas, se alcançar níveis de sintonia em ação e essa

ação for também objeto de pesquisa, estará contribuindo com a construção desse novo paradigma da transdisciplinaridade.

Segundo o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (2008), na interdisciplinaridade há reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre as áreas envolvidas, permitindo a troca entre áreas de conhecimento. Trabalhar em cooperação com outras áreas não significa trabalhar sem conflitos, uma vez que estes são inevitáveis e universais.

Surge também a indagação de quantos profissionais seriam necessários para compor uma equipe interdisciplinar, mas isto depende dos recursos disponíveis, culturas locais, e o principal é que esta equipe deve corresponder às necessidades do paciente.

O ideal seria compor uma equipe com o maior número de profissionais possíveis, mas para esta pesquisa serão adotados os profissionais de medicina, de enfermagem e de fisioterapia, haja vista que serão trabalhados os sintomas mais prevalentes em UTI, como a dor, dispneia e hipersecreção, e são estes profissionais que têm atuação direta com os mesmos.

Em relação ao trabalho em equipe, muitos problemas existem no tratamento de pacientes no final de vida na UTI, envolvendo uma complexa interação entre pacientes e familiares, tecnologia e tratamento da equipe médica. Em outros cenários, as equipes de CP têm mostrado muitas medidas para melhorar os resultados, mas pouca pesquisa foi feita sobre seus benefícios na UTI. A intervenção dos CP na UTI pode reduzir o tempo para iniciar o tratamento de conforto, encurtar o tempo de internação, e reduzir as investigações e intervenções desnecessárias. No entanto, as desvantagens incluem a possibilidade de falta de comunicação e de desacordo entre as equipes (UTI e Cuidados Paliativos), e outra desvantagem são as equipes de UTI se absolvendo da responsabilidade de lidar com pacientes "difíceis". Entretanto todos esses apontamentos ainda não estão bem definidos e comprovados na literatura (CHEUNG et al., 2010).

Alguns investigadores começaram a explorar como a colaboração interdisciplinar pode melhorar a experiência do cuidado de pacientes de UTI que, eventualmente, morrem neste cenário (BAGGS et al., 2004).

O termo equipe interdisciplinar tem vários significados em diferentes contextos, sendo que a literatura descreve que os requisitos para uma equipe interdisciplinar colaborativa são: (a) membros de várias disciplinas de saúde, (b) com conhecimentos e habilidades variados, (c) que se importam com os mesmos pacientes, (d) utilizando objetivos e

planejamento compartilhados, e que (e) comuniquem-se sistematicamente para coordenar os cuidados. O paradigma mais comum para uma equipe é um grupo formal de pessoas que trabalham juntas, ao longo do tempo cuidando de um constante conforto relativo dos pacientes. Na UTI esses membros da equipe variam de dia para dia, dependendo dos turnos da medicina e enfermagem e da presença da família, mas eles se encontram no essencial, tal como descrito acima. Uma equipe maior de UTI é o pessoal da própria unidade, envolvendo-se diversas vezes em diferentes contextos. Os assistentes sociais, fisioterapeutas, enfermeiros, médicos assistentes, capelães, farmacêuticos, e outros profissionais também são uma parte desta equipe na unidade (BAGGS et al., 2004).

2.5 RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

A retirada da ventilação mecânica em pacientes é muitas vezes descrita como "desmame terminal", uma palavra contraditória que deve ser evitada. A interrupção da ventilação deve ser um processo, especialmente em doentes em que podem ser previstos que a atividade respiratória espontânea será sustentada por um período maior de tempo, o que requer grande preparação para o tratamento adequado dos sintomas angustiantes (KOMPANJE; HOVEN; BAKKER, 2008).

A retirada da VM é uma das terapias de suporte de vida que podem ser suspensas ou retiradas, a partir de uma decisão da equipe multiprofissional e dos familiares do paciente. A existência de protocolos para esta retirada ainda é insatisfatória, necessitando de um maior aprofundamento acerca desta temática.

A literatura traz que a terapia de substituição renal e vasopressores é limitada com mais frequência do que a VM, a nutrição e a hidratação. Estas últimas foram iniciadas mais cedo e continuam sem uma decisão deliberada de retirada, enquanto a limitação da terapia de substituição renal e vasopressores regularmente está mais envolvida na decisão de recusar do que descontinuar um tratamento que já havia sido iniciado (CAMHI; MERCADO; MORRISON; et al., 2009).

Outro estudo aborda que os fatores que mais influenciam nas decisões do limite do esforço terapêutico (LET) são o prognóstico da doença do paciente, as suas comorbidades e a futilidade terapêutica. Em relação aos limites terapêuticos os mais suspensos são a reanimação cardiorrespiratória, a administração de drogas vasoativas, o métodos dialíticos e a nutrição parenteral, sendo a VM uma das últimas terapias a ser suspensa (MORITZ et al., 2010).

Para um aprofundamento maior acerca da retirada da VM, foi realizada, durante este estudo, uma revisão integrativa da literatura sobre esse tema, apresentada, resumidamente, a seguir.

A revisão integrativa teve em seu processo de construção sete etapas a saber: definição da questão norteadora e objetivo do estudo, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, coleta dos dados ou seleção da amostra, tabulação dos estudos selecionados, análise crítica dos resultados, apresentação gráfica dos principais resultados e discussão dos mesmos (GANONG, 1987).

As bases eletrônicas de dados acessadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*); PUBMED (National Library of Medicine); WEB OF SCIENCE; CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); SCOPUS e SCIENCE DIRECT; COCHRANE.

A busca nas bases de dados foi realizada nas duas primeiras semanas do mês de maio de 2014, utilizando-se os seguintes descritores em português, inglês e espanhol respectivamente: *em português: cuidados paliativos, retirada, ventilação mecânica, unidade de terapia intensiva; em inglês: palliative care, withdrawal, mechanical ventilation, intensive care unit; em espanhol: cuidados paliativos, la retirada, ventilacion mecanica, unidad de cuidados intensivos*. A estratégia de busca está apresentada na Tabela 1.

A seleção dos artigos para serem incluídos na revisão integrativa e leitura dos mesmos ocorreu sob responsabilidade de dois revisores independentes.

Tabela 1 - Resultados da busca da literatura nas bases de dados eletrônicas. Florianópolis, SC, 2014.

Estratégias de Busca nas Bases de Dados	Lilacs	Scielo	Pubmed	Web of Science	Cinahl	Scopus	Science Direct	Cochrane	Total
(palliative care or end of life) AND (withholding or withdrawal) AND mechanical ventilation	0	1	24	88	24	44	552	53	786

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O processo de seleção das publicações obtidas na busca às bases de dados passou por três fases: 1- leitura dos títulos com a exclusão daquelas que não atendiam à questão dessa revisão; 2- exclusão dos títulos dos artigos repetidos e leitura dos resumos; 3- leitura dos textos na íntegra e definição de todas as publicações incluídas.

Os critérios de inclusão adotados foram: textos na forma de artigos; disponíveis na íntegra gratuitamente em meio eletrônico; nos idiomas português, inglês ou espanhol; incluídos somente os estudos em que o cenário era representado na Unidade de Terapia Intensiva; que retratassem a temática retirada da VM em pacientes adultos em CP; selecionados pelo título e resumo dos artigos publicados nos últimos dez anos.

Foram excluídos deste estudo: teses, dissertações ou monografias, editoriais, resenhas, notícias ou cartas veiculadas em periódicos científicos, relatos de opinião, capítulos de livros e livros. Excluíram-se ainda, artigos repetidos nas bases de dados, com os títulos que não atendiam à questão dessa revisão, os que apenas citavam a retirada da ventilação mecânica como forma de retirada de terapia suportiva de vida ou se limitavam apenas a doenças específicas.

Com relação aos resultados e discussão, após a leitura dos títulos, de um total de 786 artigos foram excluídos 712, por não atenderem à questão dessa revisão, ficando 74. Destes, foram retirados 28 que estavam repetidos nas bases de dados e realizada leitura dos resumos. Por fim, foram analisados na íntegra, 46 artigos. A partir da leitura destes 46 artigos, selecionaram-se, para inclusão nesta revisão integrativa, oito artigos.

Os resultados estão apresentados em duas etapas: Dados que demonstram as publicações incluídas nesta revisão integrativa quanto ao autor, ano de publicação, título do artigo, periódico, tipo de pesquisa e objetivos e resumo dos conteúdos das publicações (Quadro 2) e categorização dos resultados acerca da retirada da ventilação mecânica encontrada nas publicações incluídas (Quadro 3).

Quadro 2 - Publicações incluídas na revisão de acordo com o autor, ano de publicação, título do artigo, periódico, tipo de pesquisa e objetivos e resumo dos conteúdos. Florianópolis, SC, 2014.

Autor (s) / Ano	Título do artigo	Periódico	Tipo de pesquisa e objetivos	Resumo dos conteúdos das publicações incluídas
RUBENFELD 2004	Principles and practice of withdrawing life-sustaining treatments	Critical care clinics	Artigo de revisão que discute sobre os princípios que regem a retirada dos tratamentos de suporte de vida, dentre elas a VM.	E apontado que a equipe de saúde considera mais fácil recusar novos tratamentos do que retirar algo que já foi iniciado. A retirada da VM deve ser um dos últimos suportes a ser retirado, sendo um dos únicos que necessita de desmame para sua interrupção, pois se for efetuada de forma abrupta pode gerar mais desconforto. O processo de retirada da VM envolve um protocolo a ser seguido. Descreve em detalhes as etapas até a retirada do ventilador e extubação, se a família do paciente assim o desejar.
COOX et al., 2005	Providing palliative care for patients receiving mechanical ventilation in an intensive care unit: Part 2: Withdrawing ventilation	Progress in palliative care	Revisão acerca do processo de retirada da VM, descrevendo as etapas desta retirada, que envolvem a preparação do paciente e do seu quarto para receber os familiares.	Descreve a retirada dos alarmes, sondas, cateteres, oxímetros, entre outros. Segue-se a preparação dos membros da família para conhecimento do curso dos eventos, antes e após a retirada da VM. São exemplificados dois tipos de retirada da VM, 1- quando a morte rápida é esperada e 2- quando a rapidez da morte é incerta e a sobrevivência é possível e pode ser orientada a extubação. Descreve os passos da retirada de cada parâmetro da VM, até a extubação se for possível.
ROCKER et al., 2005	Canadian nurses' and respiratory therapists' perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit	Journal of Critical Care	O artigo descreve as perspectivas de enfermeiros e fisioterapeutas em relação ao fim da vida de pacientes criticamente enfermos que tinham suporte de vida retirados em quatro UTIs.	Os entrevistados relataram seu nível de conforto com a tomada de decisões, no qual enfermeiros e fisioterapeutas se sentiam confortáveis com as decisões de não ressuscitação cardiopulmonar ou retirada de suporte de vida, assim como a retirada da VM e oxigenoterapia. Traz as reflexões das enfermeiras e fisioterapeutas sobre os procedimentos e atitudes que teriam feito diferentes, como por exemplo, uma enfermeira relata que um paciente morreu 30 minutos após ter ido da ala da UTI, e como ela estava prevendo este fato, deveria tê-lo deixado na UTI. A fisioterapeuta coloca que deveria ter extubado o paciente logo nas primeiras 24 horas após a retirada da VM. Sugere também que haja uma melhor explicação sobre o processo da morte e da retirada de suporte de vida, que existam planos mais claros e melhor preparação das famílias e da equipe de UTI para a morte dos pacientes.
KOMPANJE; VAN DER HOVEN; BAKKER, 2008	Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life	Intensive Care Med	Artigo de revisão	Relata que há uma falta de protocolo para o tratamento adequado dos sintomas estressantes que advêm da extubação paliativa. Dentre os cuidados que devem anteceder a retirada da VM estão a prevenção da dor e da dispnéia com adequada sedação e analgesia e a prevenção de sintomas como o aumento da secreção broncopulmonar, o aparecimento dos "estertores da morte", e do estridor pós-extubação. Apresenta um fluxograma detalhado para a retirada da VM, desde a redução dos parâmetros da VM e a administração de sedativos e analgésicos, até a extubação do paciente.
COOKE et al., 2010	Predictors of time to death after terminal withdrawal of mechanical ventilation in the	Chest	Artigo observacional e descritivo que leve como objetivo determinar os preditores independentes de tempo até	Os preditores independentes de um tempo mais curto até a morte foram disfunção de múltiplos órgãos, uso de vasopressores e hidratação. O estudo descreveu que a hora da morte, após a retirada da VM, é muito

	ICU		a morte, após a retirada da VM de forma paliativa.	variável, mas a maioria dos pacientes morreu entre as 24 horas. Descreve a importância da validação desses indicadores: preditores para morrer e informar o aconselhamento familiar no final da vida.
MAZER, ALLIGOOD, WU, 2011	The Infusion of Opioids During Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation in the Medical Intensive Care Unit	Journal of Pain and Symptom Management	Estudo descritivo, prospectivo e observacional com 74 pacientes submetidos ao desmame terminal da VM e extubação em uma UTI.	Foram analisados o tempo entre a retirada da VM até a morte e a média da quantidade da infusão de opioides uma hora antes da extubação e uma hora após a mesma. Concomitantemente a retirada da VM, removeram-se outros tratamentos de suporte de vida como drogas vasoativas. Antes da extubação, a taxa de infusão se correlacionou diretamente com o uso de opioides prescritos de forma crônica, associado à sepse com insuficiência respiratória e inversamente com encefalopatia hipóxico isquêmica ou com diagnóstico neurológico primário. Sepse com ARDS e doença pulmonar crônica estiveram correlacionadas diretamente com a taxa de infusão durante a última hora da vida após a extubação, ou seja, aquelas que receberam opioides cronicamente necessitaram de doses mais elevadas da morfina. Doses elevadas de morfina foram associadas a um maior tempo entre a extubação terminal e a morte, podendo esse fármaco ser prescrito para aliviar a dor e dispneia destas pacientes.
EPKER, BAKKER, KOMPANIE, 2011	The use of opioids and sedatives and time until death after withdrawing mechanical ventilation and vasoactive drugs in a Dutch intensive care unit	Anesthesia & Analgesia	Artigo retrospectivo que visou estudar a frequência de retirada paliativa da VM e drogas vasoativas; a frequência da utilização e dosagem de opioide e sedativo, e a relação desses fatores com o tempo da morte em uma UTI.	A amostra foi dividida em 3 grupos: pacientes nos quais a VM e agentes vasoativos foram retirados; pacientes nos quais apenas a VM foi retirada e nenhuma agente vasoativo estava presente; e pacientes nos quais apenas os agentes vasoativos foram retirados e nenhum suporte ventilatório estava presente. A morte ocorreu em média 30 minutos após a retirada da VM em combinação com os agentes vasoativos. Quando só a VM foi descontinuada, o tempo médio até a morte foi de 50 minutos. Num pequeno número de pacientes que morreram após a retirada apenas dos agentes vasoativos, a média de tempo foi de 45 minutos. Quando estes tratamentos são retirados, a maioria dos doentes morrem dentro de 1 hora, o que reflete a gravidade da doença subjacente.
HUYNH et al., 2013	Factors Associated with Palliative Withdrawal of Mechanical Ventilation and Time to Death after Withdrawal	Journal of palliative medicine	Estudo retrospectivo da coorte, obtido a partir de um estudo anterior sobre a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes no fim de vida, internados em UTI. O objetivo foi de identificar fatores associados com a retirada da VM e o tempo de morte após a extubação paliativa.	O tempo de morte desde a retirada da VM foi de 9 horas. Pacientes sob diálise, recebendo vasopressores e com parâmetros altos no ventilador, tiveram tempo mais curto até a morte após a retirada do ventilador. Os pacientes do serviço de neurologia/neurocirurgia tiveram tempo mais longo até a morte do que os pacientes do serviço de cirurgia.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Pela apresentação resumida dos conteúdos dos oito estudos incluídos nesta revisão, constata-se que os estudos abordaram a temática da retirada da VM, sendo uma das terapias de suporte de vida que pode ser retirada do paciente em CP, na fase terminal da doença. Portanto, encontraram-se artigos que abordavam a retirada da VM juntamente a outras suspensões de tratamentos suportivos, como agentes vasoativos e métodos dialíticos (EPKER; BAKKER; KOMPANJE, 2011; HUYNH et al., 2013).

Os artigos de revisão descreveram em detalhes as etapas do processo de retirada da ventilação até a extubação e possível alta do paciente para uma enfermaria de cuidados paliativos (RUBENNFELD, 2004; KOMPANJE; VAN DER HOVEN; BAKKER, 2008; COX et al., 2005).

Os artigos que abordaram a temática do uso de opioides e sedativos durante o processo de retirada da VM e após a extubação tiveram a preocupação de analisar o tempo de morte como um fator útil para a equipe e para os familiares, descrevendo fatores determinantes de um maior ou menor tempo até a morte, que dependiam das condições clínicas e outras retiradas de tratamentos suportivos (COOKE et al., 2010; MAZER; ALLIGOOD; WU, 2011; EPKER; BAKKER; KOMPANJE, 2011; HUYNH et al., 2013).

Apenas um artigo (ROCKER et al., 2005) traz uma pesquisa de perspectivas da enfermagem e fisioterapia quando a VM e outras terapias suportivas de vida são retiradas, finalizando com uma reflexão interessante destas duas profissões acerca de todo o processo.

Ressalta-se que, em sua maioria, os estudos avaliados são descritivos, observacionais e retrospectivos, baseados em dados de prontuários. O fato de existirem poucos trabalhos na literatura sobre o desmame paliativo não é uma surpresa, pois a abordagem sobre os CP ao paciente crítico é recente. Entretanto, desde o final do século passado, tem-se descrito sobre a recusa ou suspensão de terapias precedendo os óbitos nas UTIs. Em 1992, um estudo mostrou que cerca de 90% dos profissionais já haviam tomado a decisão de recusar ou suspender terapias na UTI (REINES, 1992).

É bem descrito na literatura que a recusa de novas terapias é mais facilmente aceita do que a retirada de terapias instituídas, sendo essas decisões influenciadas por fatores socioculturais. Essa realidade justifica a pouca frequência do desmame paliativo e, mais especificamente, os poucos dados apontados na literatura revisada.

Pode-se também constatar que, no Brasil, a retirada da assistência ventilatória é um dos métodos mais raramente suspensos (MORITZ et

al., 2010), o que permite a sugestão de que esse fato tenha relação com os aspectos socioculturais do país.

Diante dos conteúdos apresentados, surge a construção de quatro categorias de resultados acerca da retirada da VM extraídos dos estudos da amostra, que são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias dos resultados acerca da retirada da VM. Florianópolis, SC, 2014.

ESTUDO	
CATEGORIA 1- ETAPAS DO PROCESSO DE RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA	
Preparação do paciente e do quarto.	
Desligar monitores, silenciar alarmes, retirar sondas e drenos desnecessários.	
Não solicitar exames laboratoriais e de imagem.	
Preparação da família sobre o curso dos eventos que irão acontecer.	
Obter consentimento informado.	
Antecipar os sintomas (administração de opioides e sedativos para alívio da dor e dispneia antes e após a retirada da VM; sedação paliativa; 6 horas antes da extubação, administrar/desligar alimentação artificial e reduzir ao mínimo a hidratação para evitar excessiva secreção broncopulmonar; e para evitar estridor pós-extubação, podem ser administrados corticoides previamente. 30 minutos antes da extubação, administrar hioscina para diminuir sialorreia).	(RUBENNFELD, 2004)
Sedação e analgesia.	(KOMPANJE; VAN DER HOVEN; BAKKER, 2008)
Verificar a existência/necessidade/questões éticas e legais dos bloqueadores neuromusculares.	(COX et al., 2005)
Retirada da VM em pacientes sem expectativa de sobrevida ($FiO_2 = 0,21$; PEEP = zero; escolha de um modo ventilatório que o paciente fique confortável; ajuste da sedação e analgesia; silenciar alarmes do ventilador; após o conforto do paciente, colocá-lo em pressão de suporte; aguardar 5 a 20 minutos para avaliar as respostas do paciente a estas mudanças; desconexão do ventilador do paciente; tubo T e/ou extubação).	
Retirada da VM em pacientes com expectativa de sobrevida após (em pacientes de quem se sabe o desejo em não se manter IOT ou em VM; para este processo o paciente deverá acordar e obedecer a comandos; colocá-lo em posição semissentado e proceder a extubação; seguido este passo deverão ser ajustadas dose de sedação e analgesia para alívio	

da dor e dispneia; considerar uso VNI).	
Após a retirada da VM (permitir maior tempo aos familiares no leito do paciente; avaliar a transferência para uma enfermagem; profissionais do CP podem participar mais do processo de retirada; avaliação de doação de órgãos; cuidar dos familiares).	
Suporte emocional e religioso.	
CATEGORIA 2- USO DE OPIOIDES E SEDATIVOS DURANTE O PROCESSO DE RETIRADA	
Deve ser administrado antes e após a retirada da VM.	(MAZER; ALLIGOOD; WU, 2011)
Pode ser utilizada a escala comportamental de dor que avalia caretas faciais, movimentos de membros superiores e sincronia paciente/ventilador.	(EPKER; BAKKER; KOMPANJE, 2011)
A dose de morfina não se correlaciona com a idade ou sexo, mas sim, com o uso de opioides já prescritos de forma crônica, e sepe com concomitante falência respiratória.	
Pacientes comatosos com lesão neurológica primária ou lesão cerebral hipóxica podem exigir menos morfina para o conforto.	
CATEGORIA 3- TEMPO DE MORTE E FATORES RELACIONADOS	
A dose de opioides antes da extubação não se correlaciona com o tempo de morte.	
Maiores doses de opioides estão associadas com maior tempo de sobrevida até a morte.	
A utilização de opioides controla a dor a dispneia, pois suprime o aumento do drive respiratório causado por eles, diminui o trabalho respiratório e a fadiga e podem assim, estender o tempo de vida.	(COOKE et al., 2010)
Pacientes do serviço de neurologia/neurocirurgia são mais propensos a receber a retirada da VM devido ao seu mau prognóstico neurológico, e levam mais tempo para morrer após a retirada da VM devido à ausência de uma falência de outros órgãos.	(MAZER; ALLIGOOD; WU, 2011)
Já os pacientes do serviço de cirurgia são menos propensos a receber a retirada da VM e quando o fazem tem um tempo menos curto até a morte.	(EPKER; BAKKER; KOMPANJE, 2011)
FiO2 maior do que 70% e necessidade de vasopressores estão associados de forma independente com o tempo mais curto até a morte após a retirada paliativa da VM.	(HUYNH et al., 2013)
O uso de vasopressores foi fortemente associado com a morte dentro de uma hora após a retirada do ventilador.	
A média do tempo de morte foi 9 horas, mas a maioria morreu em até 10 horas; ou mais de 90 % das mortes ocorrem em até 24 hs após a retirada da VM.	
Tempo mais curto até a morte após a retirada da VM foram falência de órgãos não pulmonares, pacientes cirúrgicos, uso	

de vasopressores e fluidos antes da retirada.	
Pacientes em diálise ou vasopressores tendem a morrer em até 24 após a retirada.	
Tempo de morte em 30 minutos quando combinados a retirada da VM e dos vasopressores.	
Tempo de morte em 50 minutos quando retirada apenas a VM.	
Tempo de morte em 45 minutos quando retirados apenas os vasopressores.	
CATEGORIA 4- REFLEXÕES DA ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA ACERCA DA RETIRADA DO SUPORTE DE VIDA, EM PARTICULAR, A VENTILAÇÃO MECÂNICA	
<p>Enfermeira:</p> <p>Estar presente para discussão com a família a respeito de extubação.</p> <p>Incentivar a completa extubação para ar ambiente com suporte de conforto médico apenas.</p> <p>Extubação em vez de peça T.</p> <p>Manter o paciente na UTI quando morte próxima.</p> <p>Iniciar uma maior dose de morfina antes da retirada do ventilador.</p> <p>Colocar em FiO2 baixa na ventilação ao invés de apenas na extubação.</p> <p>Proporcionar mais privacidade ao paciente em ambiente mais tranquilo.</p>	
<p>Fisioterapeuta:</p> <p>Participar de reunião de família, mais clareza das ordens.</p> <p>Extubar precocemente.</p> <p>Conversar com o médico diretamente para obter os detalhes ou plano de retirada de cuidados e ações esperadas em caso de diminuição da SpTO₂.</p> <p>Extubar o paciente logo após a retirada da VM.</p> <p>Quanto mais rápido os eventos de retirada da VM até a morte ocorrem, menos sofrimento para os familiares, que já estão esperando por isto.</p> <p>Quarto privado.</p> <p>Retirar o suporte ventilatório desde o início e não 30 minutos depois de remover o oxigênio e os inotrópicos descontinuados.</p> <p>Extubar o paciente nas primeiras 24 h de retirado o ventilador mecânico.</p>	(ROCKER et al., 2005)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação às etapas a serem seguidas para a retirada da VM, os trabalhos incluídos nesta revisão descrevem tópicos importantes que podem auxiliar a equipe multiprofissional.

Nessa, como em todas as terapêuticas instituídas na UTI, é primordial o trabalho multiprofissional. Na extubação paliativa, as profissões mais intimamente envolvidas são a medicina, a enfermagem e a fisioterapia. Entretanto, cabe ao médico a decisão terapêutica, a previsão de complicações e a instituição de medicamentos que evitem essas complicações e que permitam o bem-estar do paciente. Destaca-se o papel do fisioterapeuta, como também o do enfermeiro, na atuação direta sobre algumas das etapas da retirada da VM, principalmente nas fases onde há redução dos parâmetros do ventilador, alteração da modalidade ventilatória, colocação do tubo T e extubação do paciente. Acrescenta-se a importância da adequada comunicação e do acompanhamento aos familiares do paciente (Quadro 3).

Na equipe multidisciplinar cada profissional da área da saúde é responsável pelo desenvolvimento de ações de cuidado em prol da integralidade. O profissional enfermeiro considerando em especial a atuação hospitalar, que se assenta na tríade que valoriza a equipe de saúde, a instituição e o paciente/família, é o centro desta por meio do estabelecimento de múltiplas relações e interações. Assim sendo, o profissional que, juntamente com os demais integrantes da equipe de enfermagem, permanece presente 24 horas por dia na internação hospitalar, reúne condições favoráveis à identificação e ao direcionamento de ações para o atendimento das necessidades das pessoas, assumindo a família como unidade de cuidado, seguindo os princípios dos cuidados paliativos (SILVA; LIMA, 2014).

Em relação à preservação da autonomia, alguns aspectos importantes são retratados, dentre eles os determinantes mais fortes para a retirada da VM são as preferências dos pacientes e de seus familiares (RUBENNFELD, 2004; KOMPANJE; VAN DER HOVEN; BAKKER, 2008; COX et al., 2005). É mundial a discussão sobre a importância da valorização da autonomia dos pacientes, fato que gera uma mudança de costumes em sociedades com uma visão paternalista como ocorre no Brasil.

Dando um passo para a preservação da autonomia dos pacientes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução que permite ao paciente optar pelo registro de sua diretiva antecipada de vontade, onde poderão ser definidos, em conjunto com o seu médico, os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido em caso de terminalidade da vida (BRASIL, 2012). Ainda

consta também, que o paciente poderá nomear um representante legal (Curantelismo) para garantir o cumprimento de seu desejo.

Para que haja este direito à autonomia é necessário que haja uma melhor comunicação e relacionamento interpessoal. Muitas vezes os profissionais de saúde valorizam esses itens, mas evidenciam um escasso conhecimento sobre as estratégias de comunicação para a interação com os pacientes em cuidados paliativos (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Ainda quanto aos aspectos legais, no estado de São Paulo há a regulamentação dos direitos dos usuários dos serviços de saúde que trata de “consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida” (SÃO PAULO, 1999).

No âmbito nacional destaca-se outra resolução, que cita:

“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal” (BRASIL, 2006).

Quanto à prescrição de analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares precedendo a extubação, merece destaque o fato de que a administração de bloqueadores neuromusculares é contraindicada nos artigos analisados (RUBENNFELD, 2004; KOMPANJE; VAN DER HOVEN; BAKKER, 2008; COX et al., 2005). O objetivo dos CP é o de dar conforto aos pacientes sem abreviar ou prolongar a vida com sofrimento. A inibição do *drive* respiratório poderá trazer desconforto ao paciente, não havendo a intenção do controle de sintomas, fato primordial nos CP. Portanto, está fora dos objetivos paliativistas. Por outro lado, a administração de drogas analgésicas e sedativas, adequadamente tituladas e com o intuito de promover o conforto é altamente indicada.

A retirada da VM e a extubação paliativa é descrita como um “processo” e, como tal, deve ser levado em consideração o quadro clínico do paciente e se o mesmo irá se beneficiar com a extubação. Devem ser avaliadas as possíveis complicações deste ato e o tratamento

a ser proporcionado para a correção das mesmas. É comum que a retirada de terapias consideradas fúteis ou inúteis seja múltipla. De forma geral, as terapêuticas mais frequentemente limitadas são os vasopressores e os métodos dialíticos. Os fármacos quase nunca suspensos ou recusados são os sedativos e analgésicos (RUBENNFELD, 2004; KOMPANJE; VAN DER HOVEN; BAKKER, 2008; COX et al., 2005).

Durante a extubação paliativa é apontado que o grupo de pacientes sépticos, com falência respiratória ou doença pulmonar crônica, necessita de dose maior desses fármacos, visto que esses doentes já estão em um uso crônico e crescente destas medicações. Em contrapartida, os pacientes com quadros ou patologias neurológicas necessitaram de menor dose de opioides (MAZER; ALLIGOOD; WU, 2011).

Sem sombra de dúvidas, o adequado controle dos sintomas, principalmente dos mais prevalentes nos pacientes críticos como a dor e a dispneia, é parte primordial dos cuidados paliativos (PUNTILLO et al., 2014).

A avaliação de quais fatores estariam relacionados ao tempo da morte é apontada na categoria 3 desta revisão. Dois aspectos merecem ser discutidos: a relação entre a dose de opioides ou entre a suspensão concomitante da assistência ventilatória e de drogas vasoativas e o tempo de morrer.

Conforme anteriormente mencionado, é imperioso nos CP o controle adequado dos sintomas. É consenso na literatura que os opioides são os fármacos de primeira linha para o controle da dor e da dispneia terminal; que deve haver analgesia preventiva ou ações não farmacológicas antes da retirada do tubo orotraqueal; e que a associação de opioides com analgesia deve ser preferida (BARR et al., 2013).

O receio do efeito colateral de um fármaco não pode ser a justificativa para que não haja adequado controle de sintomas. Para tal, é obrigatória a titulação correta da medicação administrada. Quanto ao fato de ser apontado um menor tempo entre a retirada da assistência ventilatória invasiva e da administração de drogas vasoativas e a morte, obviamente a retirada de uma medicação fútil não irá diminuir o tempo de vida e, sim, irá impedir o prolongamento do morrer (MORITZ, 2011b).

Em relação às reflexões dos profissionais da enfermagem e da fisioterapia, no que concerne a retirada da VM, categoria 4, pode-se observar que há uma tendência a que esses profissionais se sintam confortáveis com essa limitação terapêutica.

Historicamente, as profissões da área da saúde são definidas como aquelas destinadas a “Promover a Saúde”. A especificidade do sofrimento psíquico desses profissionais se relaciona às suas possibilidades reais de sucesso ou fracasso. Aqueles que trabalham mais próximos e por mais tempo ao lado do doente, como no caso da enfermagem, podem constatar o seu sofrimento, sentindo-se mais preparados para a sua morte. Salienta-se que nos trabalhos revisados foram relatadas dificuldades técnicas e estruturais que apontam a necessidade de que haja maior treinamento para que as ações paliativas nas UTIs sejam executadas.

No que concerne à fisioterapia, após a extubação do paciente, o profissional dessa área deverá atuar a partir dos sintomas detectados, como por exemplo, na remoção de secreções, com consequente maior promoção de conforto e alívio dos sintomas. Embora possa ser entendido que a fisioterapia tenha papel relevante no desmame paliativo, das 8 publicações incluídas nesta revisão, apenas um artigo (ROCKER et al., 2005) traz a percepção e a possível atuação do fisioterapeuta como participante deste processo. As outras são representadas mais na figura do médico e do enfermeiro.

Uma revisão integrativa da literatura nacional sobre os CP na assistência a portadores de doenças graves, com foco no papel das equipes multidisciplinares, apontou que os artigos recuperados foram exploratórios, descritivos e qualitativos, desenvolvidos essencialmente com pacientes oncológicos ou profissionais de saúde inseridos em serviços de CP. Como resultado a revisão descreve que ainda são muito escassos os artigos nacionais sobre CP. Os profissionais mais citados nesse cuidado são os psicólogos, por lidarem com a questão emocional da terminalidade. Em nenhum dos artigos que foi levantado por este estudo nacional são abordados aspectos relacionados à retirada da VM e extubação, o que reforça a importância desta revisão integrativa (PALMEIRA; COMIM; PERES, 2011).

O que se percebeu nesta revisão é que, em dez anos, pouco se tem avançado quanto aos estudos acerca da retirada paliativa da VM, sendo que o primeiro foi em 2004. Em 2013, os estudos abordam preferencialmente sobre o uso de fármacos e o tempo de morte após a retirada da VM.

Do ponto de vista ético, sabe-se que é difícil a condução de ensaios clínicos sobre condutas no final da vida. Entretanto, esta lacuna pode ser explicada pelo medo do ser humano, mesmo no século XXI, de falar sobre a morte e o morrer. Ainda é prevalente a cultura da cura e da luta contra a morte, pouco se ensina sobre esse tema, sendo

politicamente incorreto falar sobre o “Bom Morrer”. O respeito à autonomia ainda é deficiente, principalmente em países paternalistas e de cultura latina.

Assim, após analisar os estudos publicados nos últimos dez anos, para atender o objetivo deste estudo, foram listados os principais resultados encontrados acerca da retirada da VM, distribuídos por categorias de artigos que apresentavam a mesma abordagem. Percebe-se que existem muitos passos a serem seguidos para o processo de retirada da VM, ou seja, os estudos apontam que a retirada da VM nos pacientes em cuidados paliativos deve ser permeada por uma adequada analgesia, um protocolo a ser seguido, contar com equipe multiprofissional, e utilizar-se de um desmame da ventilação mecânica, seguida da retirada do ventilador e/ou extubação do paciente.

Torna-se importante que seja praticado o ensino dos CP na área da saúde, que seja estimulado o trabalho multiprofissional e que seja promovida a adequação da boa comunicação, principalmente em situações de conflito, como no caso do tratamento no final da vida nas UTIs, e mais especificamente, do limite de esforço terapêutico, como a suspensão da ventilação mecânica.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

A estratégia metodológica adotada neste estudo foi de métodos mistos. A investigação de métodos mistos é a integração planejada de métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo (TARIQ; WOODMAN, 2013).

Considera-se que a pesquisa de métodos mistos é uma metodologia emergente cada vez mais utilizada por pesquisadores na área da saúde, especialmente na pesquisa de serviços de saúde (TARIQ; WOODMAN, 2013). Metodologicamente esse tipo de estudo pode melhorar a compreensão dos serviços de saúde, proporcionando uma visão mais abrangente desses serviços do que, se utilizado um método isolado (WISDOM et al., 2012).

O método quantitativo é aquele que usa primariamente alegações pós-positivistas para o desenvolvimento de conhecimento, ou seja, raciocínio de causa e efeito, redução de variáveis específicas e hipóteses e questões, uso da mensuração e observação e teste de teorias, emprega estratégias de investigação como experimentos, levantamentos, coleta de dados, e utiliza instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos (CRESWELL, 2007).

Um dos tipos de estudo do método quantitativo, é o estudo coorte. Refere-se a um estudo longitudinal, prospectivo e observacional, em que um grupo definido de pessoas (coorte) é acompanhado durante um período de tempo. Os desfechos são comparados a partir da exposição, ou não, a uma intervenção ou a outro fator de interesse. É o desenho de estudo mais adequado para a descrição de incidência e história natural de uma condição (DE OLIVEIRA, [ca. 2013]).

Essa etapa permitiu o desenvolvimento do objetivo um que foi comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito e analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito.

No que se refere à abordagem qualitativa, esta tem sido utilizada, para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva), ou para explorar determinadas questões (pesquisa exploratória) (POUPART et al., 2010). Esse tipo de abordagem está relacionado aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à

maneira como as pessoas compreendem este mundo. Portanto, interpreta os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa (POPE; MAYS, 2009).

O tipo de pesquisa qualitativa adotada para este estudo foi a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), descrita mais adiante, que possibilitou o desenvolvimento dos objetivos dois e três, ou seja, conhecer a percepção dos profissionais acerca do cuidado paliativo e a elaboração do protocolo.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com pacientes adultos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o número 959.555/2015 e número CAAE 36643714.1.0000.0118 (ANEXO A).

Trata-se de um hospital público federal inaugurado em 1980. Atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, e é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. O hospital é mantido com os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Educação (MEC) e presta assistência à saúde, exclusivamente através do SUS. Constitui-se de um hospital de ensino com um perfil assistencial de um hospital geral de Porte III (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2011).

O hospital possui 319 leitos, que estão distribuídos em diversas áreas, como Terapia Intensiva, Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia. Possui ainda, Centro Cirúrgico, Centro de Esterilização, Centro Obstétrico e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno. No atendimento externo à população, possui o Serviço de Emergência Adulto e Infantil e o Serviço Ambulatorial com diversas especialidades médicas. Compõem sua organização gerencial: Direção Geral (DG), Diretoria de Enfermagem (DE), Direção Administrativa (DA), Direção de Medicina (DM) e Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), no qual esta última se encontra a gerência da fisioterapia.

A UTI do hospital iniciou suas atividades com sete leitos, com a internação do primeiro paciente em 01/03/1983. Em fevereiro de 2008, o hospital inaugurou a nova UTI, com espaço físico para 20 leitos, distribuídos igualmente entre a “UTI A” e “UTI B”. Atualmente estão ativados 14 leitos, sendo dois destes destinados a pacientes que necessitam de isolamento, localizados na UTI B (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2011).

Esta UTI se encontra situada no quarto andar do hospital, no mesmo andar do centro cirúrgico e das enfermarias das clínicas cirúrgicas. Possui uma área física de mil metros quadrados e os leitos são separados entre si por paredes inteiras. Todos os leitos, exceto um, apresentam uma ampla janela que possibilita a iluminação natural.

A UTI é caracterizada como de atendimento geral, do tipo clínica cirúrgica. São admitidos pacientes de diferentes intercorrências clínicas, como as respiratórias, as que acometem o sistema cardiovascular, neuromusculares, hematológicas, reumatológicas, grandes queimados, pós-operatórios de cirurgia torácica, abdominal, urológica, vascular, cabeça e pescoço e transplante hepático.

A equipe da UTI é composta por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogo e fonoaudiólogo.

A equipe médica possui 26 profissionais distribuídos nos turnos matutino e vespertino, plantonistas para o turno da noite, finais de semana e feriados.

Constitui a equipe de enfermagem 16 enfermeiros e 57 técnicos de enfermagem divididos em três turnos de trabalho.

A fisioterapia é composta por quatro fisioterapeutas para compor os turnos da manhã e da tarde, além de plantões de final de semana.

Os profissionais da medicina, de enfermagem e de fisioterapia são lotados na unidade sendo que a fisioterapia permanece doze horas diárias e a medicina e enfermagem 24 horas. Os demais profissionais, como psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, e nutricionista realizam uma rotina no período da manhã ou tarde e, também, são responsáveis por outras unidades de internação.

3.2 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUANTITATIVA

Participaram desta etapa todos os pacientes que estiveram internados na UTI por mais de 24 horas, no período de março a outubro de 2015.

Para o cálculo da amostra se realizou um levantamento de quantos pacientes internaram na UTI do HU, no ano de 2014. Em um ano foram internados 289 pacientes e 139, em seis meses. A partir disso, calculou-se a amostra necessária para esta pesquisa. Para o número da amostra foi adotado o cálculo de população finita com nível de confiança de 1,96 (intervalo de confiança de 95%), erro tolerável de cinco pontos percentuais, e prevalência do desfecho de 31,0% (óbito).

Com esses parâmetros o tamanho mínimo da amostra calculado foi de 152 pacientes (LUIZ; MAGNANINI, 2000).

A população foi do tipo probabilístico, composta por 244 indivíduos que internaram na UTI do HU, no período de março a outubro de 2015 (oito meses). Os critérios de inclusão foram: pacientes internados na UTI, no período de março a outubro de 2015, adultos maiores de 18 anos. Foram excluídos aqueles com tempo de internação inferior a 24 horas. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi de 170 pacientes.

Para a coleta de dados quantitativos foi utilizado um instrumento chamado *checklist*, que é uma ferramenta com capacidade de melhorar a segurança e a qualidade na UTI. Eles facilitam a aplicação de tarefas complexas, diminuem a variabilidade e ajudam a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito (RÉA-NETO et al., 2010).

O *checklist* utilizado foi composto com os critérios de elegibilidade para uma avaliação paliativista em UTI (APÊNDICE A).

Esse instrumento foi construído pela pesquisadora e por uma médica paliativista da UTI, a partir de evidências na literatura acerca dos fatores prognósticos que podem ter relação com o desfecho óbito de pacientes críticos internados em UTI. O instrumento continha informações sobre a identificação do paciente, o valor do PPS, os critérios relacionados à doença de base e sobre a internação/evolução do paciente na UTI, dentre outros.

Para a construção do *checklist*, levaram-se em consideração as seguintes falências orgânicas ou doenças de base ameaçadoras à vida: insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave (Classificação da New York Heart Association- NYHA III/IV); doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) severa (Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – GOLD, classe 4, DPOC muito grave) ou dependência de O₂ domiciliar; doença hepática crônica (DHC) grave avaliada pelo escore Child-Pugh (avaliação da gravidade ou a atividade da doença hepática, a partir de uma tabela de itens como: bilirrubina total; albumina sérica; INR; ascite e encefalopatia hepática, sendo o grau C o de maior pontuação, entre 10 a 15 pontos) ou MELD > 30 - Model For End-Stage Liver Disease, – em valores acima de 30 em pacientes hospitalizados, a mortalidade em três meses é de 83%; insuficiência renal crônica (IRC) graus IV/V; neoplasia avançada (presença metástase à distância); insulto neurológico agudo não traumático (encefalopatia pós-parada cardiorrespiratória - PCR- ou acidente vascular encefálico -AVE- requerendo ventilação mecânica) (NELSON et al., 2013a; NORTON et al., 2007; NELSON et

al., 2013b; GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2016; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

Cabe informar que a evolução dos pacientes foi acompanhada diariamente e, registrada as alterações, no *checklist*, durante o período da internação.

Ainda, com relação ao *checklist*, antes de ser utilizado foi validado por nove juízes, médicos intensivistas, especialistas na temática de cuidados paliativos em UTI, sócios da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Esses profissionais foram indicados por uma médica especialista em cuidados paliativos de renome nacional. O convite foi realizado via *e-mail* e, na oportunidade, orientado sobre o objetivo do estudo e da validação do *checklist*. Após o aceite, foi enviado o *checklist* e o instrumento com os critérios de avaliação, ou seja, com o nível de importância de cada item do *checklist* como: não importante; pouco importante; moderadamente importante; ou muito importante. Para cada nível foi atribuído um valor de pontuação como uma escala tipo *Likert* de um a quatro, variando de 1 - não importante a 4 - muito importante. A partir da avaliação dos especialistas, calculou-se o índice de validade de conteúdo (IVC). Esse índice mediu a proporção ou porcentagem de juízes que concordaram com os itens do instrumento. Foi adotada uma concordância mínima de 0,80 para validação do instrumento de acordo com critérios propostos por Alexandre e Coluci (2011).

Como resultado da validação, os itens com concordância acima de 0,80 foram: PPS \leq 60; doenças de base como ICC grave (classe II-IV); DPOC severa com VEF1 $<$ 30%; doença hepática com Child-Pugh C ou Meld $>$ 30; Insuficiência renal crônica; doença vascular cerebral com dependência funcional e dificuldade de alimentação; presença de neoplasia em estágio avançado; idade superior a 80 anos; insulto neurológico agudo; tempo de UTI maior que cinco dias; falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias; internação hospitalar frequente; pergunta surpresa; mais de uma admissão na UTI na mesma internação; fragilidade, dentre outros. A descrição detalhada da validação do *checklist* não consta nessa tese, porém, será apresentada em um manuscrito, a ser construído.

Todos os itens presentes do *checklist* foram coletados dos prontuários dos pacientes internados na UTI, exceto três itens. O primeiro foi o nível de funcionalidade do paciente, que foi avaliado pela Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale* -PPS) (ANEXO B), elaborada com critérios relacionados à funcionalidade prévia do paciente 30 dias antes da internação na UTI. As informações

sobre a funcionalidade foram obtidas com o familiar do paciente. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao Familiar ou responsável pelo paciente (APÊNDICE B), para que ele pudesse autorizar a coleta de dados do prontuário do seu familiar internado na UTI e informar o nível do PPS.

Cabe registrar que para a coleta de dados do prontuário se solicitou a autorização à direção do hospital (ANEXO C).

O segundo item não coletado do prontuário foi a fragilidade, obtida através da Escala Clínica de Fragilidade (ANEXO D), na qual foram considerados frágeis, para esta pesquisa, os pacientes que apresentaram um nível maior ou igual a cinco na escala, sendo esta obtida por uma associação do valor dos pacientes que apresentaram PPS menor ou igual a 60.

O terceiro item não obtido do prontuário foi a “pergunta surpresa” feita ao médico intensivista, após 24 horas de internação do paciente: Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos seis meses? Esta pergunta é considerada pela literatura uma ferramenta eficaz e viável para prever a mortalidade de seis meses para os pacientes de UTI (DA SILVA GANE et al., 2013).

3.2.1 Definição e caracterização das variáveis

Em um estudo quantitativo, os conceitos são geralmente denominados variáveis. Uma variável, como o próprio nome implica, é algo que varia, que se altera (POLIT; BECK, 2011).

Essas variáveis podem ter valores numéricos ou não, podendo então ser classificada em variáveis quantitativas ou qualitativas (POLIT; BECK, 2011).

As quantitativas são as características que podem ser medidas em uma escala quantitativa, ou seja, apresentam valores numéricos que fazem sentido, podendo ser discretas ou contínuas. As variáveis discretas apresentam características mensuráveis que podem assumir apenas um número finito ou infinito contável de valores e, assim, somente fazem sentido valores inteiros. As variáveis contínuas apresentam características mensuráveis que assumem valores em uma escala contínua (na reta real), para as quais valores fracionáveis fazem sentido (POLIT; BECK, 2011).

As variáveis qualitativas (ou categóricas) são as características que não possuem valores quantitativos, mas, ao contrário, são definidas por várias categorias, ou seja, representam uma classificação dos indivíduos. Podem ser nominais ou ordinais. Nas variáveis nominais não

existe ordenação dentre as categorias, como sexo, cor dos olhos. Já nas variáveis ordinais, existe uma ordenação entre as categorias, como por exemplo, escolaridade (1º, 2º, 3º graus) (BARBETTA, 1994).

Além disso, as variáveis podem ser classificadas em dependente e independente. As variáveis dependentes são aquelas que dependem de mudanças na variável independente, pode ser chamada de variável de resultado. É aquilo que os pesquisadores querem entender, explicar ou prever. Já a variável independente corresponde à intervenção ou à exposição em questões focadas na prática baseada em evidência (PBE) (POLIT; BECK, 2011).

A seguir serão descritas as variáveis avaliadas.

3.2.1.1 Variável dependente

Óbito

3.2.1.2 Variável independente

Quantitativas Discretas

- Idade: número de anos completos, levando-se em conta a data de nascimento descrita no registro do prontuário;
- Tempo de internação na UTI: quantidade de dias que o paciente permaneceu internado na UTI;
- Tempo de internação hospitalar: quantidade de dias que o paciente permaneceu internado no hospital;
- Valor absoluto do PPS (Palliative Performance Scale): essa escala avalia as condições de funcionalidade do paciente, como deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência, pontuando de 100 a 0, a partir de como o paciente se encontra, sendo que quanto maior o valor mais independente está o paciente.

Qualitativas ou Categóricas Nominais

- Gênero: a diferenciação entre masculino e feminino;
- Procedência: local de onde o paciente foi encaminhado para a UTI;

- Diagnóstico da internação: diagnóstico médico o qual o paciente internou na unidade de terapia intensiva;

- PPS (*Palliative Performance Scale*) < 60: identificar os pacientes que apresentam PPS menor que 70;

- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave (classes II-IV) - identificar a presença, ou não, de pelo menos um dos critérios: insuficiência renal (creatinina >1.4), PAS<100, FC>100, FE <45%, Na<135mEq/l, anemia, arritmias ventriculares resistentes a tratamento, perda funcional, comorbidades, hospitalização recente por causa cardíaca;

- DPOC severa- identificar VEF1 < 30% e/ou duas ou mais hospitalizações no último ano por exacerbação da doença ou por 2 dos critérios a seguir: caquexia, piora funcional/dependência para autocuidados, IVE, dependência de O2, idade maior que 70 anos;

- Doença hepática crônica: identificar presença, ou não, de: Child-Pugh C ou MELD >30 ou causa da internação por sepse grave ou choque séptico;

- Insuficiência renal crônica: identificar a presença, ou não, de pelo menos 2 dos critérios: Dependência total para transferência, IMC<18,5Kg/m2, comorbidades (ICC/ Arritmia/ Neoplasia), diálise não programada;

- Doença Vascular Cerebral: identificar a presença, ou não, de doença vascular cerebral no prontuário do paciente;

- Presença de neoplasia maligna em estágio avançado: identificar a presença ou não de: Neoplasia maligna com T igual a IV e/ou presença de metástase, causa da internação por sepse / insuficiência respiratória;

- Insulto neurológico agudo não traumático: identificar a presença, ou não, de insulto neurológico agudo não traumático, através do prontuário do paciente, que são doenças neurológicas agudas não decorrentes de um trauma craniano, como a hemorragia intracerebral e lesão cerebral anóxica;

- Idade ≥ 60 anos: identificar a presença ou não de pacientes com idade acima de 60 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais;

- Delirium: identificar a presença ou não de delirium descrita no prontuário do paciente. O termo *delirium* deriva do latim "*delirare*", que significa, literalmente, "estar fora do lugar". No entanto, seu significado figurado é "estar insano, confuso, fora de si";

- Tempo de UTI maior ou igual a 5 dias: identificar a presença ou não de pacientes com tempo de internação na UTI acima de cinco dias;
- Traqueostomia: identificar os pacientes que realizaram traqueostomia, que é um procedimento cirúrgico realizado no pescoço para acessar a traqueia e conseguir ventilar os pulmões do paciente;
- Diálise: identificar os pacientes que realizaram a diálise, que é uma técnica que permite a filtração do sangue, com o objetivo de eliminar os produtos tóxicos do metabolismo, de forma a garantir a sobrevivência dos indivíduos que apresentam insuficiência renal grave;
- Falência de ≥ 2 órgão por ≥ 5 dias: identificar os pacientes que apresentaram deterioração aguda de dois ou mais órgãos do corpo por um período igual ou maior que cinco dias;
- Fragilidade de UTI: identificar os pacientes que apresentam perda das reservas fisiológicas e cognitivas que confere vulnerabilidade para eventos adversos, sendo frequentemente detectada nos pacientes críticos com idade igual ou maior que 50 anos. Operacionalmente neste estudo foram considerados frágeis os pacientes com um PPS menor ou igual a 70, sendo associado a um nível de fragilidade maior ou igual a cinco na escala clínica de fragilidade;
- “Pergunta Surpresa”: identificar as respostas em “Sim” e “Não” dos intensivistas, referente ao questionamento feito após 24 horas de internação do paciente na UTI, “Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos seis meses”?

A análise dos dados quantitativos foi organizada em planilha eletrônica com auxílio do *software* Excel® 2007. Os dados foram analisados estatisticamente pelo *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Primeiramente foi utilizado o Teste t para as variáveis numéricas e o Qui-Quadrado (χ^2) para as categóricas. Para o Teste t, foi realizado o teste de normalidade pelo Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, aplicou-se o teste de χ^2 de Pearson, para avaliação da associação entre as variáveis explicativas. Em sequência, para avaliação da razão de prevalência das variáveis cujos valores de p foram menores que 0,05, realizou-se a análise de regressão de Poisson. Por fim, foi efetuada a análise de regressão ajustada, com entrada das variáveis explicativas, utilizando-se o modelo hierárquico. Para os cálculos foram assumidos um nível de significância de 0,05.

3.3 DESENVOLVIMENTO DA ETAPA QUALITATIVA

Nesta etapa foi utilizada a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que é um tipo de pesquisa de campo, que se caracteriza por ser desenvolvida no local onde os fenômenos ocorrem. Ela requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, estando orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar a construções teóricas. Portanto, a PCA é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

De acordo com as autoras do método, a PCA apresenta os seguintes pressupostos:

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber/pensar ao saber/fazer;
- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa;
- O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica;
- A PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes deste contexto;
- O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O estudo proposto se caracteriza por uma PCA, visto que a construção de um protocolo de cuidado interdisciplinar surgiu da necessidade sentida pelos profissionais que atuam na UTI, e em especial da autora deste estudo, de encontrar soluções para uma melhor assistência aos pacientes em tratamento paliativo. Sendo assim, a PCA é uma metodologia que permite a relação entre a pesquisa e a assistência, comprometendo-se em beneficiar o contexto da prática, que nesse caso é

a UTI, por meio da construção coletiva de um protocolo assistencial interdisciplinar.

A PCA apresenta cinco fases ou procedimentos: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação, que serão a seguir apresentadas.

Fase da concepção

Compreende a fase inicial da pesquisa, nela estão incluídos: a introdução contendo a justificativa do tema, questão de pesquisa e o propósito e a sustentação teórica. Nesta pesquisa, a fase de concepção se encontra descrita nos capítulos 1 e 2.

Fase da instrumentação

Esta fase consiste em traçar os procedimentos metodológicos, sendo necessário reexaminar a questão guia ou afirmação guia e o propósito do estudo, podendo requerer dados quantitativo, qualitativo ou ambos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Os procedimentos metodológicos incluem: a escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes e das técnicas para obtenção das informações.

Para a escolha do espaço físico da pesquisa são três os principais elementos que compõem uma situação social da pesquisa: **o espaço físico, os atores e as atividades**. O espaço da pesquisa é definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, onde foi identificado o problema a ser solucionado ou a mudanças a serem feitas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para a escolha dos participantes na PCA, não se estabelecem critérios rígidos para a seleção da amostra, isso porque não valoriza o princípio da generalização, e sim, valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. A amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

O conceito de “saturação” associado à seleção dos participantes é utilizado para designar a repetição do conteúdo das informações, ou seja, o pesquisador inicia a coleta de informação sem predeterminação do número de participantes, e no decorrer da coleta, pode incluir mais participantes com o objetivo de somar diferentes informações ao tema

da pesquisa. Quando ocorrer repetição de informação, o tamanho da amostra é considerado adequado (TRENTINI; PAIM, 2004).

Participaram desta etapa, nove médicos, 12 enfermeiros 11 técnicos de enfermagem e cinco fisioterapeutas. São quatro fisioterapeutas que atuam na UTI adulto, entretanto, foi convidada mais uma fisioterapeuta para participar do estudo, visto que a mesma possui experiência em UTI e, também, com pacientes em CP, mas no momento está realizando suas atividades nas outras unidades de internação do hospital.

Justifica-se a escolha destes participantes pelo fato da pesquisa ser voltada para os pacientes com os sintomas de dor, dispnéia e hipersecreção, e dentro da terapia intensiva quem tem atuação direta com estes sintomas são a medicina, a enfermagem e a fisioterapia.

Adotou-se como critério de inclusão, os profissionais da equipe multiprofissional atuantes no cenário do estudo, por um tempo de seis meses ou mais, tempo necessário para o profissional ter a experiência de cuidar do paciente em cuidado paliativo. Excluíram-se os profissionais afastados do exercício profissional no período de coleta dos dados, por motivo de férias ou licenças.

Os métodos e técnicas de obtenção das informações foram compatíveis com as características da PCA, onde valoriza o “pensar” e ao mesmo tempo o “fazer”, articulando a teoria e a prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

Desta forma, para a coleta de dados qualitativos, utilizou-se entrevistas com os profissionais da UTI. A entrevista tem a finalidade de obtenção de informações fidedignas por meio da conversação, constituindo uma condição social para a interação humana (TRENTINI; PAIM, 2004). Além disso, consiste numa conversação caracterizada pela arte de fazer perguntas e ouvir o outro, tendo como objetivo obter informações, além de criar uma interação humana. Há várias modalidades de entrevista, mas para este estudo, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que parte de tópicos relacionados ao tema de pesquisa, onde, à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progride, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade de aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

A entrevista semiestruturada é usada quando o pesquisador possui tópicos ou questões amplas que precisam ser abordadas durante a entrevista. O entrevistador usa um guia de tópicos, ou guia de entrevista, para garantir que todas as áreas serão contempladas. A função do

entrevistador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011).

Outra técnica de coleta adotada foi a realização dos grupos de discussão com os profissionais envolvidos no estudo. As discussões em grupo foram utilizadas para a coleta de dados acerca do tópico sugerido pelo pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O trabalho em grupo, na forma de grupos de discussão, possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. O espaço grupal mediado pelo diálogo entre profissionais da saúde e os sujeitos ou a comunidade, permite a construção da consciência coletiva e o encontro da reflexão com a ação. O diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação, enquanto sujeitos, e conquistam o mundo para sua libertação, autonomia e transformação, sendo estas as bases do modelo pedagógico problematizador (LACERDA et al., 2013).

Fase de perscrutação

Esta fase se caracterizou pelas estratégias que foram utilizadas para a obtenção dos dados, ou seja, como os instrumentos para coleta dos dados foram utilizados, descrevendo suas particularidades.

Em relação aos participantes do estudo foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando os objetivos da pesquisa, modo de participação e a garantia do anonimato das informações. Além disso, os participantes tiveram a liberdade de participar da pesquisa se quisessem e poderiam desistir, a qualquer momento, de acordo com a sua vontade retirando o seu consentimento. Foi aplicado o TCLE para a equipe de saúde da UTI (APÊNDICE C).

Entrevista

Para o agendamento das entrevistas as pessoas foram contatadas pessoalmente, via telefone ou por *e-mail*. As entrevistas foram individuais, realizadas em horário e local de comum acordo entre o pesquisador e o participante, apropriado para favorecer o sigilo e o bem-estar do participante e permitir a qualidade da gravação. Não foi realizada no ambiente da UTI, para possibilitar maior disponibilidade de tempo do profissional e evitar interrupções.

O roteiro de entrevista utilizado (APÊNDICE D) contemplou questões relacionadas à percepção dos profissionais sobre o cuidado paliativo na UTI e os cuidados considerados mais importantes para o controle dos sintomas de dor, dispneia, hipersecreção, na fase três da terminalidade, para compor um protocolo interdisciplinar. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, sendo transcritas logo após a gravação e entregues aos entrevistados para a validação das informações. Foi solicitado aos participantes o consentimento para gravação (APÊNDICE E).

A etapa das entrevistas foi encerrada quando a pesquisadora observou a saturação das informações prestadas pelos participantes.

Nas entrevistas, os participantes levantaram questões referentes à retirada da ventilação mecânica e extubação paliativa, que foram arquivadas separadamente para posteriormente elaborar um manuscrito.

Após o término da realização das entrevistas foi feita a organização e análise das mesmas, com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), utilizando o *software* Qualiquantisoft® versão 1.3c. A partir dos discursos elaborados, obteve-se a percepção da equipe de saúde sobre o cuidado paliativo na UTI.

Em relação aos cuidados relativos à dor, à dispneia e à hipersecreção, relatados pelos participantes nas entrevistas, a pesquisadora utilizou o *software* Qualiquantisoft® para organizar os dados, mas estes não foram finalizados como discursos do sujeito coletivo, ou seja, o *software* auxiliou apenas para organizar o que foi dito sobre os três sintomas, e posteriormente a pesquisadora deste estudo, retirou as condutas repetidas e elencou os cuidados para posteriormente realizar a busca na literatura para justificativa dos mesmos.

Grupos de Discussão

Os grupos de discussão (GD) foram realizados com os profissionais de medicina, de enfermagem e de fisioterapia, que participaram da primeira etapa, com o objetivo de ampliar a discussão sobre o tema, socializar as informações obtidas nas entrevistas e, a partir disso, em conjunto com os profissionais envolvidos elaborar o protocolo de cuidados paliativos para o cenário do estudo. Foram realizados dois encontros com os grupos de profissionais e a duração de cada encontro foi de 90 minutos. Para cada encontro esteve presente no mínimo um representante de cada categoria profissional.

Foram convidados para participar dos GD todos os 37 profissionais que participaram da entrevista, no entanto, compareceram 12 profissionais, sendo composto por pelo menos um participante de cada categoria profissional. Inicialmente nesse primeiro encontro, nos primeiros 20 minutos, foi apresentada uma síntese dos dados levantados na entrevista, ou seja, de como cada categoria profissional percebe os cuidados paliativos na UTI. Em seguida foram apresentados os cuidados elencados para o sintoma da dor, conforme relatado nas entrevistas, e apresentado a evidência científica dos cuidados previamente elaborada pela pesquisadora. Após essa apresentação, os participantes contribuíram com mais cuidados para este sintoma. Em seguida, foi realizado o mesmo processo para o sintoma da hipersecreção. Ao término deste primeiro encontro, foi acordado com o grupo o próximo encontro para a semana seguinte, para finalizar as condutas elencadas no encontro anterior e a inclusão ou exclusão de algum cuidado para o protocolo.

O segundo encontro também contou com representantes de todas as categorias, contando com a presença dos 12 participantes, teve a duração de 90 minutos, e foi realizada uma breve revisão das condutas anteriores. Após isto, foram apresentados os cuidados relatados pelos profissionais durante as entrevistas e embasados na literatura para o sintoma da dispneia, e conduzida a discussão sobre os cuidados. Ao término da discussão foi concluída a elaboração do esboço do protocolo de cuidados paliativos para os três sintomas. Todas as discussões foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. A versão final do protocolo foi elaborada pela mesma.

Cabe informar que nos dois encontros houve a participação de uma profissional fisioterapeuta, que realizou as anotações por escrito de dados complementares das condutas relativas aos sintomas.

Ao término da elaboração do protocolo para o controle da dor, da dispneia e da hipersecreção, foram apresentadas as condutas referentes à retirada da ventilação mecânica e extubação paliativa, que os participantes elencaram nas entrevistas. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura pela pesquisadora, sobre o processo de retirada da ventilação mecânica, que auxiliou a sustentar a discussão, e que se encontra na fundamentação teórica desse estudo. Além disso, foi realizado um levantamento na literatura sobre a retirada da ventilação mecânica e o processo de desmame e extubação, que posteriormente se tornarão outro manuscrito com as condutas elencadas pelos participantes durante os GD. Essas condutas tiveram que ser um tópico à parte, pois

não contemplavam os cuidados para a dor, dispneia e hipersecreção.

Fase de análise e interpretação dos dados

Na PCA os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA apresenta uma etapa específica para a análise dos dados, entretanto, neste tipo de método, de acordo com as autoras, o pesquisador tem a liberdade de escolher o melhor método de análise para o seu estudo (TRENTINI; PAIM, 2004). Portanto, para esta pesquisa, optou-se em utilizar a metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), devido ao fato de poder transformar depoimentos individuais em depoimentos coletivos, com vistas a produzir essa representação da coletividade sobre o cuidado paliativo. A organização dos dados foi realizada através do *software* Qualiquantisoft®.

O DSC consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais que ao final do processo se tornam depoimentos coletivos, sendo redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva expressando-se como fato empírico, de um único sujeito de discurso (LEFEVRE; LEFEVRE 2012).

O DSC utiliza quatro figuras metodológicas para a análise dos dados: 1-Expressões-chave (ECH), pedaços/trechos do discurso que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do depoimento ou discurso. As ECH são fundamentais para a confecção do DSC; 2-Ideia central (IC) é o nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido ou os sentidos das ECH de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs. As IC são o que o entrevistado quis dizer (ou o quê e sobre o quê) e as ECH como isso foi dito; 3-Ancoragem (AC) é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Entretanto, nem sempre as ancoragens estão presentes nos discursos analisados; e 4- DSC é uma reunião num só discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de ECHs que têm a mesma IC. A construção do DSC é feita

com as ECHs das ICs enquadradas na mesma categoria (LEFEVRE; LEFEVRE 2012).

Para o auxílio na organização dos dados foi utilizado o *software* Qualiquantisoft® que se destina ao processamento de dados de natureza qualitativa, que estejam organizados em forma de discursos, depoimentos ou textos de qualquer natureza.

O *software* Qualiquantisoft® auxilia no processamento dos dados de pesquisas de natureza qualiquantitativas, permitindo as análises. Ele funciona da seguinte maneira: primeiramente as respostas de cada um dos entrevistados devem ser cadastradas. Após, faz-se a seleção das expressões-chaves e identificação das ideias centrais. A partir do agrupamento destas ideias semelhantes, criam-se categorias. Os DSC são elaborados a partir de cada pergunta, selecionando-se a categoria desejada, e a seguir, o discurso é construído a partir das expressões chaves selecionadas para uma mesma categoria.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP SH/UEDESC (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA), sob n. 959.555/2015 e n. CAAE 36643714.1.0000.0118 (ANEXO A).

Em todas as etapas da pesquisa foi seguido a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Neste sentido, foi obtido o consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, respeitado sua autonomia e defendido sua vulnerabilidade (autonomia), assegurado sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderado entre os riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantido que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); d) a presente pesquisa apresentou relevância social com vantagens para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, garantindo a igual consideração social e humanitária (justiça e equidade); e) foi preservado

o anonimato, que consiste no zelo das informações confidenciais e dados obtidos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

4 RESULTADOS

De acordo com o disposto na Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), os resultados deste estudo serão apresentados na forma de três manuscritos com a finalidade de responder os objetivos desta tese.

O Manuscrito 1: “FATORES PROGNÓSTICOS RELACIONADOS AO DESFECHO ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM DE UMA AVALIAÇÃO PALIATIVISTA”. Corresponde ao objetivo 1- Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito.

O Manuscrito 2: “A EQUIPE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO CUIDADO PALIATIVO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO”. Corresponde ao objetivo 2- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo.

O Manuscrito 3: “PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO”. Corresponde ao objetivo 3- Elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva.

4.1 MANUSCRITO 1 - FATORES PROGNÓSTICOS RELACIONADOS AO DESFECHO ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM DE UMA AVALIAÇÃO PALIATIVISTA.

Fatores prognósticos relacionados ao desfecho óbito em unidade de terapia intensiva: abordagem de uma avaliação paliativista.

Prognostic factors related to the outcome death in intensive care unit: an evaluation approach palliative.

Factores pronósticos relacionados con lo resultados de muerte en la unidad de cuidados intensivos: un enfoque de evaluación paliativos.

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Rachel Duarte Moritz

RESUMO: **Objetivos:** Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito. **Método:** Estudo do tipo coorte prospectivo que acompanhou a evolução de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral da região sul do Brasil. Foi utilizado para a coleta dos dados um *checklist* com informações dos pacientes relativos à sua condição prévia (funcionalidade e fragilidade), à gravidade da doença aguda, à doença de base, à evolução da doença crítica e à avaliação prognóstica subjetiva do médico assistente. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Foi realizado com 170 pacientes que internaram na UTI por mais de 24 horas. Os pacientes que morreram na UTI eram mais idosos, mais frágeis, tinham menor funcionalidade, e permaneceram mais tempo internados nesta unidade, com falência de múltiplos órgãos. Os fatores prognósticos mais fortemente relacionados com a mortalidade na UTI foram: idade >60 anos; doença renal crônica; insulto neurológico agudo não traumático; tempo de internação em UTI

maior que cinco dias; falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias e a “pergunta surpresa”. **Conclusão:** Existe uma parcela de pacientes que internam em UTI que necessitariam de uma avaliação e abordagem paliativista desde o momento da sua admissão, a fim de que se possam estabelecer limites terapêuticos e que se possam evitar falsas esperanças aos familiares e à equipe que assiste esse paciente.

Descritores: Fatores prognósticos. Unidade de terapia intensiva. Óbito. Cuidados paliativos.

ABSTRACT: Objective: To compare the clinical and demographic characteristics of patients who died in the intensive care unit with those who were discharged; compare the prognostic factors related to admission, underlying diseases and clinical outcome with the outcome of death; analyze the prognostic factors most strongly associated with outcome of death. **Method:** prospective cohort study that accompanied the evolution of patients admitted to an intensive care unit of a general hospital in southern Brazil. It was used for data collection a checklist with patient information relating to their previous condition (functionality and fragility), the severity of the acute illness, the underlying disease, the evolution of critical illness and prognostic assessment subjective Physician Assistant. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics, with 5% significance level.

Results: It was conducted with 170 patients who were hospitalized in the ICU for more than 24 hours. Patients who died in the ICU were older, more fragile, they had less functionality, and remained hospitalized longer this unit with multiple organ failure. Prognostic factors most strongly associated with ICU mortality were age > 60 years; chronic kidney disease; acute neurological insult not traumatic; length of stay in ICU greater than five days; failure of more than two bodies for more than five days and the "surprise question". **Conclusion:** There is a portion of patients hospitalized in ICUs that require an assessment and palliative approach from the time of admission, so that it can be established therapeutic range and that can avoid false hopes in family and staff attending this patient.

Descriptors: Prognostic factors. Intensive care unit. Death. Palliative care.

RESUMEN: Objetivo: Comparar las características clínicas y demográficas de los pacientes que murieron en la unidad de cuidados intensivos con aquellos que fueron dados de alta; comparación de los factores pronósticos relacionados con la admisión, enfermedades

subyacentes y el resultado clínico con el resultado de muerte; analizar los factores pronósticos más fuertemente asociados con resultado de muerte. **Método:** Estudio de cohorte prospectivo que acompañó la evolución de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de un hospital general en el sur de Brasil. Fue utilizado para la recolección de datos de una lista de control con la información del paciente en relación a su estado anterior (funcionalidad y fragilidad), la gravedad de la enfermedad aguda, la enfermedad subyacente, la evolución de la enfermedad crítica y un auxiliar médico subjetiva evaluación pronóstica. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva e inferencial, con un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se llevó a cabo con 170 pacientes que fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos durante más de 24 horas. Los pacientes que murieron en la unidad de cuidados intensivos eran mayores, más frágil, que tenían menos funcionalidad, y permanecieron hospitalizados ya esta unidad con fallo multiorgánico. Los factores pronósticos más fuertemente asociados con la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos fueron la edad > 60 años; enfermedad renal crónica; lesión neurológica aguda no traumática; duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos superior a cinco días; fracaso de más de dos cuerpos por más de cinco días y la "cuestión sorpresa". **Conclusión:** Hay una parte de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos que requieren una evaluación y un enfoque paliativo desde el momento de la admisión, de manera que se pueda establecer rango terapéutico y que puede evitar falsas esperanzas en la familia y el personal que asisten a este paciente .

Descriptores: Factores de pronóstico. Unidad de cuidados intensivos. Muerte. Cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) têm como princípios melhorar a qualidade de vida, influenciar positivamente no curso da doença, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do doente, oferecer um sistema de suporte tanto para o paciente quanto para os familiares, não acelerar e nem adiar a morte e promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis que o paciente apresente (MORITZ et al., 2011a).

Com o intuito de que os CP sejam implementados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), membros do Comitê de Terminalidade da Vida do Cone Sul, elaboraram fases para o atendimento paliativo nessas

unidades. Na primeira fase existe maior chance de recuperação, sendo indicado o tratamento curativo/restaurativo pleno, com o tratamento paliativo centrado no controle dos sintomas e na boa comunicação. Na segunda fase a doença evolui para a irreversibilidade, devendo ser priorizada a qualidade da vida, com instituição de tratamento curativo/restaurativo somente quando considerado proporcional. Na fase três, quando há conhecimento da irreversibilidade da doença e a morte é iminente, é desaconselhada a manutenção de terapias com visão curativa que somente irão prolongar o morrer dos pacientes (ASLAKSON et al., 2014a; MORITZ et al., 2011a; NELSON et al., 2015).

Para que as condutas sejam adequadas na fase três da assistência paliativa nas UTIs, é primordial o adequado estabelecimento prognóstico, que é uma das habilidades fundamentais da prática médica, sendo fundamental para processos de tomada de decisão, adequada comunicação e a definição de plano de cuidados (LANKEN et al., 2008; ASLAKSON et al., 2014b).

Alguns critérios têm sido definidos para a identificação de pacientes com um elevado risco de morrer nos hospitais. Nesses critérios estão incluídas a idade e a resposta à “pergunta surpresa”, que corresponde ao questionamento feito ao médico que atende o paciente se ele se surpreenderia caso o paciente viesse a morrer nos próximos seis meses (YOU et al., 2014; MORONI et al., 2014).

Outro critério adotado para a predição do prognóstico é a Escala de *Performance* Paliativa (PPS), que é uma ferramenta que permite a mensuração do *status* funcional do paciente. Baseia-se em cinco dimensões: deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência. Seu escore varia de 0 a 100, em intervalos de 10 pontos e quanto maior o escore, melhor o *status* de *performance* (SEOW et al., 2013; LAU et al., 2009; WENG et al., 2009).

Estudos relacionam os níveis de PPS com o tempo de vida e apontam uma duração média de sobrevivência de cerca de seis, três e dois meses para pacientes com escore respectivamente 70, 60 e 50 (HARROLD et al., 2005; MYERS et al., 2015).

Nas UTIs se encontram cada vez mais pacientes com baixa funcionalidade, acamados, com doenças prévias de base, que internam com um quadro agudo instalado, onde empiricamente alguns apresentam prognóstico desfavorável relacionado à quantidade de comorbidades apresentadas no momento da admissão.

Outro dado importante no estabelecimento do prognóstico é a fragilidade, relacionada ao tempo de internação na UTI e à evolução

desfavorável dos pacientes internados nesses setores (AN ZENG et al., 2015). A fragilidade é uma síndrome multidimensional caracterizada por perda das reservas fisiológicas e cognitivas que confere vulnerabilidade para eventos adversos, sendo frequentemente detectada nos pacientes críticos com idade igual ou maior que 50 anos (BAGSHAW et al., 2014; McDERMID; STELFOX; BAGSHAW, 2011).

Outros fatores citados como importantes, tanto na definição prognóstica do paciente criticamente enfermo, quanto na qualidade da vida após a alta da UTI, são a gravidade das doenças de base, o tempo de internação na UTI e no hospital e a falência prolongada de órgãos (MACINTYRE; 2012; NELSON et al., 2013a).

Ressalta-se que cuidados com alta tecnologia no final da vida estão associados a uma pior qualidade de vida, menor satisfação com o cuidado e aumento da ansiedade e depressão do paciente e de seus familiares. Um planejamento da assistência com antecedência pode inverter este quadro, aumentando a qualidade da vida dos pacientes com doenças terminais, e diminuindo os custos com os cuidados de saúde (YOU et al., 2014). Esse planejamento deve, portanto, ter como base o prognóstico do desfecho óbito desses pacientes.

Cabe destacar que os CP são cada vez mais aceitos como um componente essencial do cuidado integral aos pacientes criticamente doentes, independentemente do diagnóstico ou prognóstico. Esses cuidados podem também ajudar a preparar e apoiar os doentes e as famílias para desafios durante a permanência na UTI e após a sua alta (ASLAKSON, et al., 2014b).

Em virtude do exposto, esta pesquisa teve como objetivos: Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo coorte prospectivo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos sob o número 959.555/2015 e número CAAE 36643714.1.0000.0118.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, que internaram na UTI de um hospital geral da região sul do Brasil, por um tempo maior de 24 horas, no período de

março a outubro de 2015. Os pacientes, participantes do estudo ou seus representantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles com tempo de internação inferior a 24 horas.

Para o cálculo da população se realizou um levantamento de quantos pacientes internaram na UTI do estudo no ano anterior. Foram 289 pacientes internados em um ano e 139, em seis meses. A partir disso, calculou-se o tamanho da amostra necessária para esta pesquisa. Para o número da amostra foi adotado o cálculo de população finita com nível de confiança de 1,96 (intervalo de confiança de 95%), erro tolerável de cinco pontos percentuais, e prevalência do desfecho de 31,0% (óbito). Com esses parâmetros o tamanho mínimo da amostra calculado foi de 152 pacientes (LUIZ; MAGNANINI, 2000).

Esta pesquisa obteve uma população, que foi do tipo probabilístico e composto por 244 indivíduos que internaram na UTI do HU, no período de março a outubro de 2015.

Tendo em vista que o *end point* considerado neste estudo foi o de óbito ou alta hospitalar, a amostra analisada foi subdividida, numa primeira etapa, em dois grupos: G1 (pacientes que morreram) e G2 (pacientes que receberam alta hospitalar). Nessa etapa se comparou o perfil clínico demográfico dos pacientes que morreram com aqueles que receberam alta hospitalar. Numa segunda etapa foi analisado o impacto no desfecho óbito (G1) dos itens prognósticos apontados como importantes pelos médicos intensivistas.

Por se tratar de um estudo coorte, os pacientes do estudo foram acompanhados desde a internação até a alta da UTI, para avaliar a evolução clínica dos mesmos.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um *checklist* composto com os critérios de elegibilidade para avaliação paliativista em UTI.

Esse *checklist* foi construído pela pesquisadora deste estudo e uma médica especialista em cuidados paliativos, a partir de evidências na literatura acerca dos fatores prognósticos que podem ter relação com o desfecho óbito, e assim, auxiliar na indicação de uma avaliação paliativa de pacientes críticos internados em UTI. O *checklist* foi estruturado com as seguintes partes: identificação do paciente; critérios relacionados à funcionalidade prévia do paciente; critérios relacionados à doença de base; à internação e evolução do paciente na UTI; e outros critérios.

Todos os itens presentes do *checklist* foram coletados dos prontuários dos pacientes internados na UTI, exceto três itens. O

primeiro foi o nível de funcionalidade do paciente, que foi avaliado pela Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale* -PPS) elaborada com critérios relacionados à funcionalidade prévia do paciente 30 dias antes da internação na UTI. As informações sobre a funcionalidade foram obtidas com o familiar do paciente. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao Familiar ou responsável pelo paciente, para que ele pudesse autorizar a coleta de dados do prontuário do seu familiar internado na UTI e informar o nível do PPS. Utilizaram-se para esta pesquisa, como valor do ponto de corte dessa variável os valores iguais ou menores que 60, conforme a literatura (MYERS et al., 2015).

O segundo item que não foi coletado do prontuário foi a fragilidade, que foi obtida através da Escala Clínica de Fragilidade, na qual foram considerados frágeis, para esta pesquisa, os pacientes que apresentaram um nível maior ou igual a cinco na escala, sendo esta obtida por uma associação do valor dos pacientes que apresentaram PPS menor ou igual a 60.

O terceiro item que não foi obtido do prontuário foi a “pergunta surpresa” feita ao médico intensivista, após 24 horas de internação do paciente: Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos seis meses? Esta pergunta é considerada pela literatura uma ferramenta eficaz e viável para prever a mortalidade de seis meses para os pacientes de UTI (DA SILVA GANE et al., 2013).

A gravidade da doença aguda foi verificada através do *Simplified Acute Physiology Score* (SAPSIII), também coletada no prontuário do paciente (JUNIOR et al., 2010).

Levaram-se em consideração as seguintes falências orgânicas ou doenças de base ameaçadoras à vida: insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave (Classificação da New York Heart Association- NYHA III/IV); doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) severa (Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – GOLD, classe 4, DPOC muito grave) ou dependência de O₂ domiciliar; doença hepática crônica (DHC) grave avaliada pelo escore Child-Pugh (avaliação da gravidade ou a atividade da doença hepática, a partir de uma tabela de itens como: bilirrubina total; albumina sérica; INR; ascite e encefalopatia hepática, sendo o grau C o de maior pontuação, entre 10 a 15 pontos) ou MELD > 30 - Model For End-Stage Liver Disease, – em que valores acima de 30 em pacientes hospitalizados, a mortalidade em três meses é de 83%; insuficiência renal crônica (IRC) graus IV/V; neoplasia avançada (presença metástase à distância); insulto neurológico agudo não

traumático (encefalopatia pós-parada cardiorrespiratória (PCR) ou acidente vascular encefálico (AVE) requerendo ventilação mecânica) (NELSON et al., 2013a; NORTON et al., 2007; NELSON et al., 2013b; GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2016; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

Antes do *checklist* ser utilizado para a coleta dos dados, a pesquisadora deste estudo realizou a validação deste instrumento, que foi avaliado por nove médicos intensivistas que julgaram cada item como: não importante, pouco importante, moderadamente importante ou muito importante. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi utilizado para a avaliação da proporção ou porcentagem de especialistas que estiveram em concordância sobre os itens apontados, sendo adotada uma concordância mínima de 0,80 para a validação de cada item (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A evolução da doença crítica foi detectada através do tempo de internação dos pacientes, da necessidade de diálise não programada, da presença de delírium, da falência de órgãos e da necessidade de traqueostomia, ou seja, para cada intercorrência que o paciente apresentou durante a evolução da sua internação, estas foram identificadas e anotadas na ficha do *checklist* para posteriormente ser analisado estatisticamente.

Os dados obtidos foram inseridos em planilha eletrônica com auxílio do *software* Excel® 2007. A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Na primeira etapa do trabalho, utilizou-se o teste T para as variáveis numéricas e o Qui-Quadrado (χ^2) para as categóricas. Para o Teste t, foi realizado o teste de normalidade pelo Kolmogorov-Smirnov. Na segunda etapa foi aplicado o teste de χ^2 de Pearson, para avaliação da associação entre as variáveis explicativas. Em sequência, para avaliação da razão de prevalência das variáveis cujos valores de p foram menores que 0,05, realizou-se a análise de regressão de Poisson. Por fim, foi efetuada a análise de regressão ajustada, com entrada das variáveis explicativas, utilizando-se o modelo hierárquico. Para os cálculos foram assumidos um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

No período de março a outubro de 2015 internaram na UTI, 244 pacientes, sendo que 170 permaneceram internados por mais de 24 horas, e constituíram a amostra desta pesquisa. A taxa de mortalidade da amostra estudada foi de 29%, ou seja, 50 pacientes morreram no

hospital, fazendo parte do G1. Desses, 35 foram a óbito na UTI e 15, na enfermaria. Cento e vinte doentes (120) receberam alta hospitalar e formaram o G2.

Em relação à procedência dos pacientes, 56 (32,9%) foram encaminhados da emergência; 37 (21,8%) vieram da enfermaria; 30 (17,6%), do centro cirúrgico por pós-operatório de cirurgia eletiva; 23 (13,5%), por pós-operatório de cirurgia de urgência e 24 (14,1%) foram transferidos de outros hospitais.

As características clínicas demográficas dos pacientes estudados estão demonstradas na Tabela 2. Ressalta-se que os pacientes que morreram eram mais idosos, permaneceram mais tempo internados na UTI, apresentaram SAPS maior, menor funcionalidade visto pelo PPS e eram mais frágeis. Esses resultados foram estatisticamente significantes ($p < 0.05$).

Tabela 2 - Comparação das características clínicas demográficas dos pacientes que morreram (G1) com aqueles que receberam alta hospitalar (G2). Região Sul do Brasil, 2015.

Características Clínicas Demográficas	Total de pacientes n = 170	G1 n=50	G2 n=120	Teste estatístico p<0,05
Gênero				
Masculino	87	30	57	Teste χ^2 0,27
Feminino	83	20	63	
Idade				
Média \pm Desvio Padrão	57 \pm 15,6	61 \pm 14,09	55 \pm 15,9	Teste t 0,01
Mínima/Máxima	19/87	19/84	19/87	
Tempo Internação na UTI				
Média \pm Desvio Padrão	9,41 \pm 7,74	11,5 \pm 8,2	8,5 \pm 7,4	Teste t 0,02
Mínima/Máxima	2/49	2/39	2/49	
Tempo Internação Hospitalar				
Média \pm Desvio Padrão	29,43 \pm 25,61	26,2 \pm 21,9	30,8 \pm 27	Teste t 0,29
Mínima/Máxima	2/169	2/87	3/169	
Simplified Acute Physiology Score (SAPS)				
Média \pm Desvio Padrão	64,12 \pm 18,80	73,9 \pm 19,2	60,1 \pm 16,8	Teste t <0.001
Mínima/Máxima	27/118	33/118	27/102	
Palliative Performance Scale (PPS)				
Médio \pm Desvio Padrão	68,4 \pm 20,3	61,6 \pm 18,9	71,2 \pm 20,3	Teste t 0,005
Mínimo/Máximo	10/100	10/100	10/100	
Escala Clínica de Fragilidade (≥ 5)	91 (53.2%)	36 (72%)	55 (46%)	Teste χ^2 0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na Tabela 3 é apontada a associação entre os fatores relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito. Salienta-se que, em relação à “Pergunta Surpresa”, isto

é, se os médicos ficariam surpresos caso o paciente viesse a morrer nos próximos seis meses, a resposta foi negativa (não ficariam surpresos) para 89 pacientes (52.4%). Dessas, 41 respostas foram negativas para o G1 (46,06%) e 48 (53,93), para o G2 ($p<0.001$).

Tabela 3 - Comparação entre os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito. Região Sul do Brasil, 2015.

Fatores Prognósticos	Total de pacientes		Pacientes que morreram		Teste χ^2 (p)
	n = 170		n=50		
	n	%	n	%	
Admissão					
Idade maior 60 anos	79	46,5	30	(37)	0,02
PPS menor que 60	77	46,1	32	(41)	0,004
Escala Fragilida de ≥ 5	91	53,2	36	(39)	0,002
“Pergunta Surpresa negativa”	89	52,4	41	(46)	0,001
Doenças de base					
Insuficiência Cardíaca Congestiva	50	29,4	21	(42)	0,02
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	15	8,8	5	(33)	0,72
Doença Hepática Crônica	20	11,8	9	(45)	0,26
Doença Renal Crônica	21	12,4	12	(57)	0,003
Neoplasia maligna	14	8,2	6	(42)	0,24
HIV/AIDS	12	7,1	3	(25)	1,00
Insulto neurológico agudo não traumático	52	30,6	21	(40)	0,03
Evolução Clínica					
Delirium na UTI	84	49,4	30	(35)	0,07
Tempo de UTI maior 5 dias	120	70,6	42	(35)	0,01
Traqueostomia	10	5,9	3	(30)	1,00
Dialise na UTI	26	15,3	10	(38)	0,27
Falência 2 ou + órgãos, em + 5 dias	57	33,5	36	(63)	0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na Tabela 3, pode-se constatar que das variáveis testadas, nove tiveram associação significativa com o desfecho óbito demonstrada pelo teste do χ^2 , com $p<0,05$.

Dando sequência ao trabalho, essas variáveis com associação positiva em relação ao óbito e estatisticamente significantes foram estudadas através das análises de regressão linear e multivariada, que objetivou a detecção de quais seriam os fatores prognósticos mais fortemente associados ao óbito.

Em seguida, fez-se novamente avaliação através da análise ajustada hierarquizada (Tabela 4), que permitiu analisar pela Razão de Prevalência (RP) e o Intervalo de Confiança (IC) de 95% que as duas variáveis mais fortemente relacionadas ao óbito foram a falência de dois ou mais órgãos por mais de cinco dias e a resposta negativa do médico à “pergunta surpresa”.

Tabela 4 - Avaliação dos fatores prognósticos mais fortemente ligados ao desfecho óbito. Região Sul do Brasil, 2015.

Variáveis clínicas e demográficas dos pacientes que morreram	Análise Ajustada Hierarquizada	
	Valor p	RP (IC 95%)
Idade >60 anos	0,03	1,68 (1,0-2,6)
PPS < 60	0,57	1,16 (0,6-1,9)
Fragilidade	0,36	1,45 (0,6-3,2)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	0,37	1,25 (0,7-2,0)
Doença Renal Crônica	0,01	1,86 (1,1-2,9)
Insulto neurológico agudo não traumático	0,01	1,74 (1,1-2,7)
Tempo de UTI maior que 5 dias	0,04	1,96 (1,0-3,8)
Falência de 2 ou + órgãos, em + 5 dias	0,001	3,49 (1,9-6,2)
“Pergunta Surpresa negativa”	0,009	2,56 (1,2-5,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

DISCUSSÃO

No presente trabalho se pôde constatar que os pacientes que morreram na UTI eram mais idosos, mais frágeis, tinham menor funcionalidade e permaneceram mais tempo internados nesta unidade com falência de múltiplos órgãos, corroborando com outros estudos (MINNE et al., 2011; BEZERRA, 2012; FASSIER et al., 2015; ZENG et al., 2015; HO et al., 2016; CALDEIRA et al., 2010). Além disso, os médicos se mostraram bons preditores do óbito, através da resposta negativa à pergunta surpresa. As doenças mais relacionadas à morte foram doença renal, insulto neurológico não traumático (AVE e coma após PCR) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Diante desses

resultados, poder-se-ia inferir que pacientes com o perfil apontado se beneficiariam com a introdução de CP preferenciais na UTI.

Muitos trabalhos têm sido realizados no intuito de apontar critérios para a definição dos pacientes com doença crítica e alto risco de morte, que se favoreceriam com os CP. Neste estudo, no que concerne aos critérios prognósticos na admissão, a idade maior que 60 anos, a baixa funcionalidade ($PPS < 60$) e a presença de fragilidade (≥ 5) estiveram significativamente relacionadas à maior taxa de mortalidade.

Estudos mostram que, a idade avançada, embora não seja um fator único que influencie nas decisões, está diretamente relacionada ao aumento do óbito e à baixa funcionalidade após a alta da UTI, o que gera discussão sobre o real benefício do tratamento intensivo para os pacientes muito idosos. Um trabalho canadense que avaliou 1670 pacientes com idade igual ou maior que 80 anos, mostrou que 1/3 desses doentes morreu no hospital recebendo intervenções agressivas, mesmo depois de uma permanência prolongada na UTI (HEYLAND, et al., 2015; KHOULI et al., 2011). Outro fato que merece destaque é o de que pacientes idosos (mais 65 anos) e frágeis têm maior possibilidade de morrer nas UTIs (ZENG et al., 2015; PINTADO et al., 2014; GOIXART et al., 2014; AÑON et al., 2013). No presente trabalho, embora a faixa etária da população estudada não tenha sido de idosos (idade média de 57 anos), o grupo de pacientes com idade igual ou maior que 60 anos apresentou uma taxa de mortalidade significativamente mais alta do que a taxa de mortalidade total do estudo (37% vs 29%). A realidade apontada na literatura revisada gera a discussão sobre a distanásia e futilidade terapêutica e traz à tona a necessidade crescente da implantação dos CP nos hospitais gerais e, mais especificamente nas UTIs.

O conceito de fragilidade, como um marcador de idade biológica e reserva fisiológica, pode ter relevância direta com os cuidados intensivos, e identifica claramente uma população em maior risco de eventos adversos, morbidade, e mortalidade. Seu reconhecimento em ambientes de cuidados críticos pode permitir melhor prognóstico e decisão compartilhada, e identificar subgrupos vulneráveis com necessidades específicas que podem se beneficiar de CP preferenciais. (SEAN et al., 2013). Neste trabalho, fragilidade foi identificada em 53% dos pacientes e esteve significativamente relacionada à morte. Uma prevalência menor foi apontada em um estudo Canadense que avaliou 421 pacientes criticamente enfermos com idade igual ou maior que 50 anos, e apontou uma prevalência de fragilidade de 32.8%. Nesse estudo, os pacientes frágeis (escala clínica maior que 4), após a alta da UTI,

tinham pior qualidade de vida e maior dependência funcional quando comparados com os não frágeis (BAGSHAW et al., 2015).

Embora o PPS tenha um emprego crescente para a avaliação da funcionalidade e do prognóstico de doenças crônicas degenerativas ainda é um método pouco utilizado em UTI. Neste trabalho, os pacientes que morreram tinham níveis significativamente mais baixos de PPS (61,6 vs 71,2) em relação aos pacientes que tiveram alta hospitalar, e, independente da idade, a taxa de mortalidade dos pacientes com níveis de PPS ≤ 60 foi de 41%, enquanto que a da população geral foi de 29%. Taxas mais altas foram encontradas em um estudo com 466 pacientes admitidos em *hospice* e sem doença neoplásica. Nesses pacientes, a mortalidade de seis meses para três categorias de PPS foi de 96% para o PPS com pontuações entre 10 e 20; 89% para o PPS com pontuações de 30 a 40; e, 81% para os escores de PPS maiores ou igual a 50 (HARROLD et al., 2005).

Outro trabalho realizado com 368 pacientes com câncer avançado encontrou uma duração média de sobrevivência de cerca de 6, 3 e 2 meses para pacientes com PPS de, respectivamente, 70, 60 e 50 (MYERS et al., 2015; HARROLD et al., 2005; DE KOCK et al., 2013; JANG et al., 2014).

Entretanto, no presente trabalho a população estudada foi de pacientes com doença crítica sob cuidados intensivos e, portanto, com um perfil totalmente diferente daqueles que internam em *hospices* ou dos que sofrem de doença neoplásica terminal.

Neste trabalho as doenças de base detectadas em mais da metade dos pacientes foram a ICC (n=50; 29,4%) e o insulto neurológico não traumático (n=52; 30,6%). Essas patologias tiveram associação significativa com a morte, assim como, a presença de insuficiência renal crônica (n=21). Apesar da maioria dos pacientes com ICC grave sofrerem com uma carga de sintomas mal controlados, os CP são pouco oferecidos para esse grupo de pacientes (GREENER et al., 2014; LE GUEN; TOBIN; REID, 2015).

Em relação aos cuidados neurocríticos, embora haja crescente avanço, as taxas de mortalidade para condições comuns, incluindo hemorragia intracerebral e lesão cerebral anóxica, estão acima de 50%, e muitos pacientes nunca recuperam a independência funcional e frequentemente experimentam perda cognitiva significativa e deterioração da qualidade de vida. Por estas razões, o CP é um componente importante dos cuidados de alta qualidade para os pacientes neurocríticos (FRONTERA et al., 2015).

A integração dos serviços de CP com a nefrologia em pacientes idosos com doença renal avançada pode ser benéfica no processo de tomada de decisão compartilhada. Pacientes com mais de 75 anos são as populações mais crescente com doença renal em estágio final. Estes pacientes são sobrecarregados por múltiplas morbidades, fragilidade, e outras síndromes geriátricas, os quais devem ser considerados na discussão de terapia renal substitutiva *versus* tratamento conservador (KONCICK; SCHERER, 2015).

No presente estudo, as outras doenças crônicas degenerativas testadas, como as dos pacientes com DPOC, doença hepática crônica, neoplasias e HIV (n=61), não mostraram associação significativa com o evento morte. Esse fato pode ter ocorrido pelo pequeno número de pacientes com cada uma dessas doenças.

Entretanto, é importante o reconhecimento prognóstico das doenças crônicas degenerativas não neoplásicas, que podem ter uma evolução muito pior que muitos tipos de câncer, como se destaca na literatura (DI PASQUALE et al., 2013; GREENER et al., 2014; CARLUCCI et al., 2012; LE GUEN; TOBIN; REID, 2015).

Corroborar com essa afirmação os resultados de um estudo dinamarquês que comparou pacientes que morreram de doença neoplásica com aqueles que morreram de outras enfermidades crônicas degenerativas (n=240.757). Os autores apontaram que os pacientes sem câncer, nos últimos 6 meses antes da morte, foram os mais internados nas UTIs e receberam em maior proporção tratamento com ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, terapia renal de substituição e inotrópicos e/ou vasopressores. Esses doentes tiveram um risco aumentado de morte na UTI em comparação com pacientes com câncer. Foi observado na conclusão desse estudo que esta diferença no uso de terapia intensiva, que pode ter gerado distanásia, pode refletir uma necessidade não atendida de CP ou a falta de ferramentas prognósticas (LYNGA et al., 2015).

No que concerne à avaliação prognóstica de pacientes submetidos a tratamento intensivo, o SAPS é um escore validado como discriminador de mortalidade intra-hospitalar (NETO et al., 2015). Os resultados deste trabalho corroboram com essa afirmação.

Os resultados do presente estudo apontaram, quanto à evolução durante a internação na UTI, que o tempo de internação maior que cinco dias e a falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias influenciaram significativamente na mortalidade dos pacientes avaliados. Por outro lado não foi encontrada associação significativa entre quadros de delirium e a necessidade de traqueostomia ou de diálise

com a morte dos doentes. Esses achados podem ser decorrentes do número pequeno de pacientes que apresentaram essas intercorrências. Além do mais, o diagnóstico de delírium não foi efetuado através de escalas validadas para esse fim, e sim, pela avaliação clínica do médico intensivista, o que pode ter gerado um erro.

O tempo de internação em UTI é um fator relatado como preditor de pior prognóstico. Batzlaff et al. (2014) avaliaram a evolução de 591 pacientes com DPOC que haviam recebido alta da UTI e demonstraram que, em 1 ano, 295 pacientes haviam morrido. A idade e o tempo de permanência hospitalar foram identificados como determinantes independente de mortalidade (BATZLAFF et al., 2014).

Um trabalho norte-americano apontou que a busca ativa de pacientes com risco de má evolução promoveu um aumento de pacientes que foram beneficiados com CP. Dentre os fatores considerados de risco, os autores apontaram a disfunção de múltiplos órgãos por tempo igual ou maior que cinco dias. (VILLARREAL et al., 2011).

Outro estudo (NELSON et al., 2006), com o intuito de aprimorar os CP em UTI, mostrou que pacientes internados por um tempo maior ou igual a cinco dias se beneficiaram com esses cuidados de forma preferencial e conseqüentemente com a retirada de terapias consideradas fúteis.

No presente estudo, os dois fatores mais fortemente ligados ao desfecho óbito foram a falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias e a previsão médica (“pergunta surpresa”), com $p=0,001$ e $p=0,009$ respectivamente.

A pergunta surpresa "Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos seis meses"? é uma dessas ferramentas de predição clínica que foi validada em pacientes com câncer e sob diálise. Num estudo de 500 pacientes admitidos na UTI, 238 médicos (47,6%) responderam "Não, eu não ficaria surpreso" e 262 (52,4%) responderam "Sim, eu ficaria surpreso". A mortalidade aos seis meses foi de 36% no total, 62,2% para o grupo "Não", e 12,2%, para o grupo "Sim". Concluiu-se que a “pergunta surpresa” é uma ferramenta simples, viável e eficaz para prever a mortalidade de seis meses para pacientes de UTI (DA SILVA GANE et al., 2013).

Referente ao presente estudo, o fato do não acompanhamento dos pacientes por um período de seis meses, pode ter relação com um acerto menor dos médicos intensivistas acerca da pergunta surpresa.

Em relação à disfunção ou falência de órgãos após os primeiros dias de tratamento na UTI e subsequente mortalidade no que diz respeito

ao tipo de unidade de terapia intensiva (UTI) é pouco elucidada. Entretanto, um estudo analisou a associação de mortalidade na UTI em pacientes que apresentaram disfunção ou insuficiência de órgãos após as primeiras 72 h de internação na UTI. A prevalência e o risco concomitante de morte do indivíduo com falência de órgãos foi significativamente diferente entre os pacientes clínicos e cirúrgicos, sendo que neste último a disfunção de um ou mais órgãos, em especial, cardiovascular e renal, são mais cruciais para mortalidade (BINGOLD et al., 2015).

Outro estudo avaliou pacientes com disfunção de múltiplos órgãos 24 horas da admissão da UTI e um ano após constataram que a mortalidade foi de 52,9% em um ano. Os fatores que influenciaram a mortalidade hospitalar foram idade e estado funcional geralmente diminuída, sendo ambos os fatores não modificáveis. Após a alta, o estado funcional geral permaneceu diminuído juntamente com as re-hospitalizações (HORTIGUELA-MARTINA et al., 2013).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo permitem afirmar que as nove causas de maior incidência de mortalidade dos pacientes criticamente enfermos estão relacionadas à condição clínica do paciente (idade maior que 60 anos, baixa funcionalidade, presença de fragilidade, avaliação subjetiva do médico assistente através da “pergunta surpresa”); às doenças de base (ICC, doença renal crônica e insulto neurológico agudo não traumático); à gravidade da doença aguda (SAPS); à evolução da doença crítica (tempo de internação na UTI maior que cinco dias e falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias). Os dois fatores mais fortemente ligados ao desfecho morte do paciente internado em UTI, foram a falência de mais de dois órgãos por mais de cinco dias e a avaliação subjetiva do médico intensivista.

Constatou-se que existe uma parcela de pacientes que internam em UTI que necessitariam de uma avaliação e abordagem paliativista desde o momento da sua admissão, a fim de que se possa estabelecer limites terapêuticos e evitar falsas esperanças aos familiares e à equipe que assiste esse paciente.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão dos profissionais acerca da necessidade de maior embasamento científico na tomada de decisão quanto à elegibilidade do paciente para o cuidado paliativo.

Sugere-se que em estudos futuros, sejam observados grupos maiores de pacientes com doenças crônicas degenerativas, como doença pulmonar, insuficiência cardíaca, HIV, neoplasias, visto que esse estudo não apresentou associação significativa entre essas doenças e o óbito, devido provavelmente ao número reduzido de pacientes, porém, há fortes evidências na literatura a esse respeito.

Sugere-se ainda que seja acrescido nas fichas de internação dos pacientes das emergências e UTIs, os instrumentos PPS e a escala clínica de fragilidade, principalmente na UTI devido à restrição de leitos raros e todo um processo quanto à decisão para a admissão destes pacientes na unidade.

Considera-se como limitação deste estudo o não acompanhamento dos pacientes da pesquisa por um período de no mínimo seis meses após a alta hospitalar, o que pode ter sido um viés da pesquisa, onde a taxa de óbito poderia ser maior e a pergunta surpresa ter uma predição de 100% de acerto.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AÑON, J. M.; et al. Prognosis of elderly patients subjected to mechanical ventilation in the ICU. **Medicina Intensiva**, v. 37, n. 3, p. 149-155, 2013.

AN ZENG, A.; et al. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences**, v. 70, n. 12, p. 1586-1594, 2015.

ASLAKSON, R. et al. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: A systematic review of interventions. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, 2014 a.

ASLAKSON, R. A.; CURTIS, J. R.; NELSON, J. E. The changing role of palliative care in the icu. **Critical Care Medicine**, v. 42, p. 2418–2428, 2014 b.

BAGSHAW, S. M.; et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. **CMAJ** **4**, v. 182, n. 12, E95-102, 2014.

BAGSHAW, S. M.; et al. Long-term association between frailty and health-related quality of life among survivors of critical illness: A prospective multicenter cohort study. **Critical Care Medicine**, v. 43, p. 973–982, 2015.

BATZLAFF, C. M.; et al. Predicting 1-year mortality rate for patients admitted with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease to an intensive care unit: An opportunity for palliative care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 89, n. 5, p. 638–643, 2014.

BEZERRA, G. K. A. Unidade de Terapia Intensiva – perfil das admissões: hospital regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 491-496, 2012.

BINGOLD, T. M.; et al. Individual organ failure and concomitant risk of mortality differs according to the type of admission to icu – a retrospective study of SOFA score of 23,795 patients. **PLOS ONE**, 2015.

CALDEIRA, V. M. H.; et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 528-34, 2010.

CARLUCCI, A.; GUERRIERI, A.; NAVA, S. Palliative care in COPD patients: is it only an end-of-life issue? **European Respiratory Review**, v. 21, p. 347–354, 2012.

DA SILVA GANE, M.; et al. How robust is the ‘Surprise Question’ in predicting short-term mortality risk in haemodialysis patients. **Nephron Clinical Practice**, v. 12, p. 185-193, 2013.

DE KOCK, I.; et al. Conversion of karnofsky performance status (KPS) and eastern cooperative oncology group performance status (ECOG) to palliative performance scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. **Journal of Palliative Care**, v. 29, n. 3, p. 163-9, 2013.

DI PASQUALE, M.; et al. Impact of chronic liver disease in intensive care unit acquired pneumonia: a prospective study. **Intensive Care Medicine**, v. 39, p. 1776–1784, 2013.

FASSIER, T.; et al. Elderly patients hospitalized in the ICU in France: a population-based study using secondary data from the national hospital discharge database. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 2015.

FRONTERA, J. A.; et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients: A report from the improving palliative care in the icu project advisory board and the center to advance palliative care. **Critical Care Medicine**, v. 43, p. 1964–1977, 2015.

GOIXART, L. S.; et al. Factores de riesgo de deterioro de calidad de vida en pacientes traumáticos críticos. Valoración a los 6 y 12 meses del alta de la unidad de cuidados intensivos. **Medicina Intensiva**, v. 38. n. 1, p. 1-10, 2014.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**: Revised 2014. Disponível em: <http://www.goldcopd.org>, acesso em: 6 de janeiro de 2016.

GREENER, D. T.; et al. Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 10, 2014.

HARROLD, J.; et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? **Journal of Palliative Medicine**, v. 8, n. 3, p. 503-9, 2005.

HEYLAND, D.; et al. The Very elderly admitted to icu: A quality finish? **Critical Care Medicine**, v. 48, p. 1352–1360, 2015.

HO, K. M.; et al. Using patient admission characteristics alone to predict mortality of critically ill patients: A comparison of 3 prognostic scores. **Journal of Critical Care**, v. 31, p. 21-25, 2016.

HORTIGUELA-MARTINA, V. A.; et al. Mortalidad tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos y factores pronosticos relacionados en

una cohorte de pacientes criticos con disfuncion multiorganica. **Medicina Clínica**, v. 140, n. 11, p. 479–486, 2013.

JANG BY, R. W.; et al. Simple prognostic model for patients with advanced cancer based on performance status. **Journal of Oncology Practice**, v. 10, n. 5, 2014.

JUNIOR, J. M. S.; et al. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 1, p. 20-31, 2010.

KHOULI, H.; et al. Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. **Critical Care Medicine**, v. 39, p. 731–737, 2011.

KONCICK, H.; SCHERER, J. Integrated palliative care for management of elderly patients with advanced chronic kidney disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 49, n. 2, 2015.

LANKEN, P. N.; et al. An official american thoracic society clinical policy statement: Palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 177, p. 912–927, 2008.

LAU, F.; et al. Use of the palliative performance scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 37, n. 6, p. 965-72, 2009.

LE GUEN, M. P.; TOBIN, A. E.; REID, D. Intensive care unit admission in patients following rapid response team activation: call factors, patient characteristics and hospital outcomes . **Anaesthesia Intensive Care**, v. 43, n. 2, 2015.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

LYNGAAS, T.; et al. Intensive care at the end of life in patients dying due to non-cancer chronic diseases versus cancer: a nationwide study in Denmark. **Critical Care**, v. 19, p. 413, 2015.

MACINTYRE, N. R. Chronic critical illness: The growing challenge to health care. **Respiratory Care**, v. 57, n. 6, p. 1021–1027, 2012.

McDERMID, R. C.; STELFOX, H. T.; BAGSHAW, S. M. Frailty in the critically ill: a novel concept. **Critical Care**, v. 15, n. 301, 2011.

MINNE, L.; et al. Prognostic models for predicting mortality in elderly ICU patients: a systematic review. **Intensive Care Medicine**, v. 37, p. 1258–1268, 2011.

MORITZ, R. D.; et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1, p. 24–29, 2011.

MORONI, M.; et al. The ‘surprise’ question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 7, p. 959–964, 2014.

MYERS, J.; et al. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. **Support Care Cancer**, v. 23, p. 913–918, 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, suppl. 1, S1–266, 2002.

NELSON, J. E.; et al. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. **Quality & Safety in Health Care**, v. 15, p. 264–271, 2006.

NELSON, J E; et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. **Critical Care Medicine**, v. 41, p. 2318–2327, 2013a.

NELSON, J. E.; et al. **Implementing ICU Screening Criteria for Unmet Palliative Care Needs: A Guide for ICU and Palliative Care Staff.** A technical assistance monograph from The IPAL-ICU Project. New York: Center to Advance Palliative Care; 2013b. Disponível em: <http://www.capc.org/ipal-icu>.

NELSON, J. E.; et al. Integration of palliative care in the context of rapid response: a report from the Improving Palliative Care in the ICU advisory board. **Chest**, v. 147, n. 2, p. 560-9, 2015.

NETO, A. S.; et al. Feasibility of transitioning from APACHE II to SAPS III as prognostic model in a Brazilian general intensive care unit. A retrospective study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 3, p. 199-205, 2015.

NORTON, S. A.; et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high risk patients. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 6, p. 1530-5, 2007.

PINTADO, M. C.; et al. Mortality and functional status at one-year of follow-up in elderly patients with prolonged ICU stay. **Medicina Intensiva**, v. 38, n. 1, p. 1-10, 2014.

SEAN, M.; BAGSHAW, S. M.; MCDERMID R. C. The role of frailty in outcomes from critical illness. **Current Opinion in Critical Care**, v. 19, p. 496–503, 2013.

SEOW, H.; et al. The association of the palliative performance scale and hazard of death in an ambulatory cancer population. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 2, p. 156-62, 2013.

VILLARREAL, D.; et al. A model for increasing palliative care in the intensive care unit: Enhancing interprofessional consultation rates and communication. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 42, n. 5, 2011.

WENG, L. C.; et al. Predicting survival with the palliative performance scale in a minority-serving hospice and palliative care program. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 37, n. 4, p. 642-48, 2009.

YOU, J. J.; FOWLER, R. A.; HEYLAND, D. K. Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. **Canadian Medical Association Journal**, v. 186, n. 6, 2014.

ZENG, A.; et al. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 12, p. 1586–1594, 2015.

4.2 MANUSCRITO 2 - A EQUIPE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO CUIDADO PALIATIVO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo

The care unit team intensive face of palliative care: Collective Subject Discourse

La unidad de cuidados intensivos de equipo de la cara cuidados paliativos: discurso del sujeto colectivo

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Raquel Moritz

RESUMO: **Introdução:** Há um crescente interesse em melhorar o cuidado paliativo e os cuidados de fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva nas últimas décadas. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo. **Método:** Pesquisa qualitativa descritiva, que utilizou a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial. Realizada com profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva do Sul do Brasil. Para coleta dos dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas a partir de duas questões norteadoras: O que você entende sobre cuidado paliativo? Como você percebe o cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva? Para a organização e análise dos dados se utilizou a técnica do discurso do sujeito coletivo com auxílio do *software* Qualiquantisoft®. **Resultados:** Participaram do estudo 37 profissionais (12 enfermeiros; 11 técnicos de enfermagem; cinco fisioterapeutas e nove médicos). Cada pergunta gerou dois discursos do sujeito coletivo com suas respectivas ideias centrais. A primeira pergunta gerou duas ideias centrais: cuidado na fase terminal da vida sem medidas fúteis e cuidados de conforto. A segunda pergunta gerou também duas ideias centrais: falta uniformizar a assistência e falta capacitação para a equipe. **Conclusão:** Percebe-se que a equipe da Unidade de Terapia Intensiva tem o entendimento de que o cuidado paliativo é apropriado na fase terminal da vida, sem necessidade de medidas fúteis de tratamento, e com cuidado de conforto ao paciente e seus familiares, entretanto, ainda

concebe o paliativismo como cuidado de terminalidade, necessitando portanto, romper com este estigma.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva. Cuidado Paliativo. Equipe.

ABSTRACT: Introduction: There is a growing interest in improving palliative care and end of life care in the Intensive Care Unit in recent decades. **Objective:** To know the perception of health professionals in an intensive care unit about palliative care. **Method:** Descriptive qualitative research, which used the methodology of Care Convergent Research. Held with professionals from an Intensive Care Unit in southern Brazil. For data collection we used semi-structured interviews from two leading questions: What do you understand about palliative care? How do you perceive palliative care in the Intensive Care Unit? For the organization and data analysis used the collective subject discourse technique with the aid of Qualiquantisoft® software. **Results:** The study included 37 professionals (12 nurses, 11 nursing technicians, five physiotherapists and nine physicians). Each question spawned two collective subject discourse with their respective central ideas. The first question generated two central ideas: care in the terminal phase of life without futile measures and comfort care. The second question also generated two central ideas: lack standardize care and lack training for the team. **Conclusion:** It is noticed that the staff of the Intensive Care Unit has the understanding that palliative care is appropriate in the terminal phase of life, without futile measures of treatment and comfort care to patients and their families, however, even conceive of palliative care to terminally care, necessitando therefore break this stigma.

Descriptors: Intensive Care Unit. Palliative Care. Team.

RESUMEN: Introducción: Existe un creciente interés en la mejora de los cuidados paliativos y el final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos en las últimas décadas. **Objetivo:** Conocer la percepción de los profesionales de la salud en una Unidad de Cuidados Intensivos sobre los cuidados paliativos. **Método:** La investigación cualitativa descriptiva, la cual utiliza la metodología de la Investigación Convergente Asistencial. Celebrada con profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos en el sur de Brasil. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada a partir de dos preguntas principales: Qué entiende usted acerca de los cuidados paliativos? Cómo perciben los cuidados paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos? Para la organización y análisis de datos utilizado la técnica del discurso del sujeto colectivo con la ayuda de un software Qualiquantisoft®.

Resultados: En el estudio participaron 37 profesionales (12 enfermeros, 11 técnicos de enfermería, fisioterapeutas cinco y nueve médicos). Cada pregunta dio lugar a dos discurso del sujeto colectivo con sus respectivas ideas centrales. La primera pregunta que generó dos ideas centrales: cuidados en la fase terminal de la vida sin medidas fútiles y cuidado de alivio. La segunda pregunta también generó dos ideas centrales: la falta normalizar la atención y carecen de entrenamiento para el equipo. **Conclusión:** Se observa que el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene la inteligencia de que los cuidados paliativos es apropiado en la fase terminal de la vida, sin medidas fútiles de tratamiento y cuidado de alivio a los pacientes y sus familias, sin embargo, incluso concebir los cuidados paliativos para el cuidado terminal, por lo tanto, necessitando romper este estigma.

Descriptores: Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidados Paliativos. Equipo.

INTRODUÇÃO

Durante décadas, os profissionais da área de cuidados intensivos tinham como foco o aumento da sobrevivência a curto prazo. Mas, recentemente os cuidados intensivos tem se expandido para melhorar os resultados da sobrevida nas doenças críticas a longo prazo e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que estão sujeitos a uma morte prematura (HUA; WUNSCH, 2014).

O cuidado paliativo (CP) centra-se na redução do sintoma angustiante, comunicação clara e sensível, alinhamento do tratamento com as preferências do paciente e apoio à família (NELSON et al., 2013a). É um modo de cuidado que visa o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças ameaçadoras da vida (PIMENTA, 2010).

Dessa forma, o CP vem ocupando lugar de destaque nas discussões atuais dos profissionais da área da saúde, na assistência a pacientes com doenças crônicas sem possibilidade de cura e mais recentemente a pacientes em situação aguda, como os internados em UTI (ASLAKSON et al., 2014 b).

Os principais objetivos de terapia intensiva são ajudar os pacientes a sobreviver diante de ameaças agudas às suas vidas, preservando e restaurando a qualidade de vida. Essas metas são frequentemente atingidas em cerca de 75% a 90% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) e que sobrevivem após a alta (TRUOG et al., 2008).

Há um crescente interesse em melhorar o CP e os cuidados de fim de vida na UTI nas últimas décadas, devido ao fato da UTI compor um ambiente de pacientes graves, sob alto risco de morte (NELSON et al., 2012).

Devido à abrangência das necessidades terapêuticas às pessoas em CP, autores defendem que o paliativismo deve envolver uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes, para tornar o cuidado mais integrado, e fornecer ao paciente crítico toda a oportunidade de tratamento existente (CREMESP 2008; MARCUCCI, 2005).

É, portanto, fundamental a implementação de um atendimento qualificado pela equipe multiprofissional, através de múltiplos olhares, objetivando assistir o paciente terminal em todas as dimensões, garantindo-lhe o bem-estar e respeito à sua dignidade.

Porém, uma situação ainda presente nas unidades de cuidados críticos é a *Obstinação terapêutica x Cuidados Paliativos*. Este é um momento em que um profissional pode ter papel preponderante na decisão de um determinado caso, levando a equipe, como um todo, a um sofrimento por prestação de cuidados fúteis ou por esta ter uma melhor perspectiva para o mesmo caso. Essa é uma das questões, de quando não há consenso (maleficência x beneficência) há sofrimento da equipe, do paciente e de seus familiares (CARDOSO; 2016).

Torna-se, então, necessária a consolidação do CP como uma filosofia de cuidado no ambiente da UTI, filosofia essa que busca prover o alívio da dor e de outros sintomas, suporte espiritual e psicossocial, ao fim da vida e luto, justificados por um direito do indivíduo e dever da equipe de saúde oferecê-los (PIMENTA, 2010).

A busca por subsídios para melhorar a organização do cuidado paliativo em uma unidade de cuidados críticos levou os autores a realizar este estudo, que teve como **questionamento**: qual a percepção da equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo? Para responder a este questionamento, o **objetivo** consistiu em conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo.

MÉTODO

Pesquisa descritiva de natureza qualitativa, que utilizou a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que apresenta

cinco fases ou procedimentos: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação.

O estudo foi desenvolvido na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o número 959.555/2015 e número CAAE 36643714.1.0000.0118.

Participaram do estudo 37 profissionais da equipe multiprofissional, dentre eles, nove médicos, 12 enfermeiros 11 técnicos de enfermagem e cinco fisioterapeutas.

Justifica-se a escolha destes participantes, pelo fato da pesquisa ter como foco, pacientes em cuidado paliativo com os sintomas de dor, dispneia e hipersecreção, e no ambiente de terapia intensiva são os médicos, profissionais de enfermagem e fisioterapeutas que atuam diretamente no alívio a esses sintomas.

Adotou-se como critério de inclusão, os profissionais da equipe multiprofissional atuantes no cenário do estudo, por um tempo de no mínimo seis meses, tempo necessário para o profissional ter a experiência de cuidar do paciente em cuidado paliativo. Excluíram-se os profissionais afastados do exercício profissional no período de coleta dos dados, por motivo de férias ou licenças.

Após esclarecimentos sobre a pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados, por entrevista semiestruturada, ocorreu nos meses de março a maio de 2015. O roteiro de entrevista continha dados relacionados às características dos participantes como: idade, sexo, nível de formação e duas questões norteadoras: O que você entende sobre cuidado paliativo? Como você percebe o cuidado paliativo na UTI?

As entrevistas foram individuais, gravadas com o consentimento prévio dos participantes, posteriormente transcritas e tiveram a duração média de 30 minutos. Os participantes foram identificados com a letra E de entrevistado e números subsequentes, conforme a ordem em que a coleta de dados foi realizada, a fim de se manter o anonimato, por exemplo, E1, E2, A pesquisa foi realizada conforme os princípios éticos da Resolução n. 466/2012 (BRASIL; 2012).

A etapa das entrevistas foi encerrada quando a pesquisadora observou a saturação das informações prestadas pelos participantes.

Apesar da PCA ter a etapa de análise dos dados, as autoras do método deixaram livre para os pesquisadores a escolha do método de análise (TRENTINI; PAIM, 2004). Para esta pesquisa, optou-se em utilizar a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), visto que ele sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, ao mesmo

tempo em que expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

A técnica do DSC compreende quatro figuras metodológicas: Expressões-Chave (ECH), que revelam a essência do conteúdo dos depoimentos; as Ideias Centrais (IC) indicam o sentido ou expressão linguística de um depoimento analisado e de cada conjunto de ECH de mesmo sentido ou sentido complementar que irão compor, posteriormente, o DSC; Ancoragem (AC) compreende pressupostos, princípios, hipóteses e teorias que dão sustentação às expressões-chave e, o DSC que é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular, com ECH que têm ICs ou AC semelhantes ou complementares (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012). De acordo com os autores do método, a primeira pessoa do singular simboliza de modo mais preciso um hipotético sujeito coletivo único (individual) para o qual se concede um caráter ontológico ou ainda um discurso coletivo enunciado por apenas uma pessoa.

Os depoimentos coletados foram metodologicamente tratados por meio do *software* Qualiquantisoft®. Nessa ferramenta, a dimensão qualitativa se expressa no DSC e a quantitativa, na frequência de compartilhamento de discursos entre indivíduos, ou seja, com a mesma IC. Portanto, depois de transcritas e digitadas todas as entrevistas, o *software* auxiliou a operacionalização em categorias, a elaboração do discurso, assim como a produção dos relatórios quantitativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 37 profissionais que participaram do estudo, 12 são enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, cinco fisioterapeutas e nove médicos. Desses, 32 (86,5%) eram do sexo feminino e cinco (13,5%), masculino. A média das idades foi de 37 anos, sendo a média feminina 36 anos e a masculina 45 anos. Em relação ao grau de formação, cinco entrevistados (13,5%) possuíam segundo grau completo; 11 (29,7%), curso superior completo; 17 (45,9%) tinham o título de mestre; e quatro (10,8%) de doutorado. A partir destes dados, considerou-se que os participantes deste estudo compunham uma amostra qualificada de profissionais.

A análise qualitativa permitiu que fossem identificados para cada pergunta, dois DSC com as suas respectivas IC, conforme apresentado no Quadro 4. Na sequência, serão apresentados os DSC referentes a cada ideia central.

Quadro 4 - Pergunta 1, ideias centrais, quantitativo das respostas e representação gráfica da pergunta. Santa Catarina, 2015.

Pergunta 1	Ideias centrais	Ideias dos Entrevistados	Representação gráfica									
O que você entende sobre cuidado paliativo?	<p>A- Cuidado na fase terminal da vida sem medidas fúteis</p> <p>B- Cuidados de conforto</p>	<p>12 / 30,77%</p> <p>27 / 69,23%</p> <p>TOTAL : 39</p>	<table><caption>Data for Bar Chart</caption><thead><tr><th>Ideia</th><th>Quantidade</th><th>Porcentagem</th></tr></thead><tbody><tr><td>A</td><td>12</td><td>30,77%</td></tr><tr><td>B</td><td>27</td><td>69,23%</td></tr></tbody></table>	Ideia	Quantidade	Porcentagem	A	12	30,77%	B	27	69,23%
Ideia	Quantidade	Porcentagem										
A	12	30,77%										
B	27	69,23%										

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Para esta primeira pergunta dois entrevistados deram respostas com mais de uma ideia central, por isso o total das mesmas foi de 39.

Ideia Central A - Cuidado na Fase terminal da vida sem medidas fúteis

DSC 1: *Eu penso que é o cuidado que é feito ao paciente que está num limiar da vida, sem perspectiva de tratamento, no caso quando ele está fora de possibilidades terapêuticas, que não tem cura. É quando o paciente não tem mais necessidade de uma intervenção mais agressiva que não vai salvar a vida dele, só vai prolongar o sofrimento. É o cuidado ao paciente que está em fase final de vida ou que já está se encaminhando para um fechamento. É o cuidado com menos interferências possíveis de coisas fúteis das quais só vão prolongar mais sofrimento, tanto para o paciente quanto para a família (E6,E8,E11,E14,E15,E16,E21,E24, E25,E26,E34,E36).*

Este discurso está se referindo ao entendimento de cuidado paliativo como um cuidado no fim de vida, sensível, sem sofrimento e sem intervenções inúteis.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o doente em CP é definido como tendo uma doença que não é sensível ao tratamento curativo ou uma doença que coloca a pessoa em risco de vida. Aliado a isso, há uma falta de consenso entre os profissionais de saúde sobre a fase da vida dirigida para CP. Além disso, CP como um conceito

dinâmico ganhou um novo significado ao longo do tempo, o que resultou em novos modelos e conceitos relacionados, tais como os cuidados pré-terminal, cuidados terminais e de cuidados de fim-de-vida (MECHELEN et al., 2013).

Este estudo corrobora com o primeiro discurso, onde doze entrevistados (30,77%) entendem que o CP é o cuidado ao paciente sem possibilidades de cura, entretanto, mostra claramente a relação do CP com o período final da vida, sendo uma visão limitada dos profissionais, pois o mesmo não deve ser apenas uma abordagem para quem está próximo à morte, principalmente para um paciente internado em UTI.

O CP se centra em alívio dos sintomas, eficaz comunicação sobre metas de atendimento, alinhamento do tratamento com as preferências do paciente, apoio familiar e planejamento para transições. Considerando que CP ou cuidados de fim de vida são para pacientes que se aproximam da morte, CP é apropriado no contexto de qualquer doença grave, independentemente do estágio ou prognóstico, e é otimamente fornecido em conjunto com a terapia curativa restaurativa, e não em vez de (FRONTERA et al., 2015).

Tradicionalmente, o CP tem sido relacionado à doença avançada e cuidados de fim de vida que é refletida em uma expectativa de vida limitada (BAUSEWEIN; HIGGINSON, 2012).

Reconhecer o momento em que um tratamento deve ser configurado como fútil, ou seja, saber quando aquela intervenção não atende ou não é coerente com os objetivos estabelecidos na terapêutica de um determinado doente, é uma complexa questão. Por conseguinte, definir que cuidados deverão ser mantidos e quais deverão ser suspensos na abordagem paliativista ainda é um desafio na UTI (SILVA et al., 2013).

Idéia Central B- Cuidados de Conforto

DSC 2: *Eu entendo que é dar conforto para um paciente que não tem mais possibilidades de cura, que tem uma doença que é irreversível, o paciente não está avançando mesmo com toda terapia que foi oferecida, então se mantêm os cuidados mais para conforto, no estado de pré-morte. São medidas que visam cuidados básicos de conforto e suporte para o paciente num estado terminal de vida, que não se destina a curar uma doença de base, mas tratar os sintomas que estão incomodando o paciente, dando o conforto necessário para que ele passe pelo momento da morte, tentando diminuir o sofrimento dele, a dor e melhorar um pouco a qualidade de vida dos dias em que ainda tem. É dar a melhor assistência para ele, visando retirar qualquer coisa*

que esteja incomodando para que a doença ou a própria vida dele siga o curso mais natural possível. É tentar realizar um desejo do paciente como trazer uma criança, abrir algumas exceções para melhorar uma satisfação pessoal. São procedimentos para deixar a pessoa confortável, em condição agradável, de bem-estar, podendo ser medicamentoso, uma massagem, uma conversa, qualquer coisa que deixe a pessoa se sentindo melhor durante o processo de doença, como também deixá-lo livre de feridas, mobilizar adequadamente, preparar o paciente para a evolução da sua doença tanto quanto dos familiares para o desfecho e para a evolução da doença até o óbito se isso for uma situação inevitável (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10, E12, E13, E14, E17, E18, E19, E20, E22, E23, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E33, E37, E35).

Esse discurso se refere ao entendimento de que o CP é proporcionar conforto ao paciente sem possibilidades de cura, com cuidados para reduzir o sofrimento e preparar o paciente e a família para o desfecho do óbito.

A maioria dos entrevistados do presente estudo entende que CP são cuidados de conforto ao paciente, envolvendo vários tipos de medidas como, por exemplo, gerenciamento dos sintomas.

O que tem sido trabalhado atualmente são abordagens mais pró-ativas para a prestação de CP com iniciativas educacionais para a equipe da UTI, de ferramentas de comunicação à beira do leito, e gerenciamento dos sintomas (SAFT et al., 2014).

Desde 2002, a OMS reviu a sua definição de CP para uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam a doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais, e espiritual.

Esta definição atual da OMS enfatiza a importância da gestão dos sintomas durante toda fase ativa da doença de um paciente, mesmo antes do paciente entrar na fase terminal da sua doença. A introdução dos CP aos pacientes, quando eles ainda estão recebendo tratamento curativo, contribui para melhorar a qualidade do atendimento que recebem ao longo do curso da doença e, portanto, sua qualidade de vida. Embora a inclusão dos CP na fase inicial da doença ainda é rara, em especial para a realidade do cenário do estudo, é considerada como uma opção para pacientes terminais, pois engloba o conforto e cuidados holísticos para qualquer paciente, incluindo doentes que recebem tratamento curativo

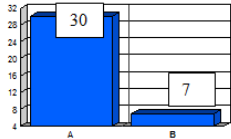
de câncer, pacientes com HIV/AIDS, e idosos com doenças crônicas (IZUMI et al., 2012).

É frequente na UTI a necessidade de tomada de decisões sobre os tratamentos de suporte de vida. Entretanto, é difícil saber qual o momento exato em que o paciente tem maior indicação de CP do que cuidados curativos. Nos pacientes de UTI, os cuidados de conforto coexistem com o curativo, sendo definido como cuidado de conforto: aspectos físicos individuais e combinados com os aspectos psicológicos, sociais, e espiritual. Geralmente diz-se nos cuidados intensivos “curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre” (HANSEN et al., 2012).

Excelente controle de sintomas, o compromisso contínuo para servir o paciente e a família, e apoio físico, psicológico e espiritual são as marcas dos cuidados de alta qualidade no fim da vida. Esse cuidado está emergindo na UTI e exige o mesmo nível elevado de conhecimento e competência como todas as áreas envolvidas. Pacientes morrendo na UTI querem alívio dos sintomas, seus desejos respeitados e estarem cercados por seus entes queridos. Os fatores mais importantes aos conceitos de cuidado de alta qualidade dos pacientes incluem a confiança e segurança no tratamento da equipe, evasão dos suportes de vida quando há pouca esperança para uma recuperação significativa, informação honesta sobre a doença, a continuidade dos cuidados e preparo para o fim da vida (WIEDERMANN et al., 2012).

Em relação a pergunta 2 “Como você percebe o cuidado paliativo nessa UTI?” a maioria, ou seja, 30 entrevistados (81,08%) percebem que falta uniformizar a assistência ao paciente em CP (Quadro 5).

Quadro 5 - Pergunta 2, ideias centrais, quantitativo das respostas e representação gráfica da pergunta. Santa Catarina, 2015.

Pergunta 2	Ideias centrais	Ideias dos Entrevistados	Representação gráfica												
Como você percebe o cuidado paliativo nessa UTI?	<p>A- Falta uniformizar a assistência</p> <p>B- Falta capacitação da equipe</p>	<p>30 / 81,08%</p> <p>7 / 18,92%</p> <p>TOTAL: 37</p>	 <table><caption>Data for Bar Chart</caption><thead><tr><th>Ideia Central</th><th>Quantidade</th><th>Porcentagem</th></tr></thead><tbody><tr><td>A - Falta uniformizar a assistência</td><td>30</td><td>81,08%</td></tr><tr><td>B - Falta capacitação da equipe</td><td>7</td><td>18,92%</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>37</td><td></td></tr></tbody></table>	Ideia Central	Quantidade	Porcentagem	A - Falta uniformizar a assistência	30	81,08%	B - Falta capacitação da equipe	7	18,92%	TOTAL	37	
Ideia Central	Quantidade	Porcentagem													
A - Falta uniformizar a assistência	30	81,08%													
B - Falta capacitação da equipe	7	18,92%													
TOTAL	37														

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dessa pergunta surgiram também dois DSC com uma IC cada.

Idéia Central A- Falta uniformizar a assistência

DSC 3: *O problema aqui é a concordância em definir quando esse cuidado paliativo deve ser instituído. Precisa de protocolos, precisa ter condutas uniformizadas. As pessoas não têm o mesmo entendimento. Uma hora é, em outro momento não é mais, não tem um pensamento único, não tem uniformidade naquilo, não tem um consenso, um pensa de um jeito, um faz de outro, o paciente não é para ser investido, mas continua com tudo que tem e de repente muda o plantão e tira tudo... O paciente não morre, vem outro plantão e coloca tudo de novo... Então fica meio confuso para a equipe, e acaba criando certo conflito entre a equipe e até mesmo com a família (E2,E3,E5,E6,E7,E8,E11,E12,E14,E15,E16,E17,E18,E19,E20,E21,E22, E23,E25,E26,E27,E28,E29,E30,E31,E32,E33,E34,E36,E37).*

O discurso três retrata a percepção de que CP em UTI necessita ter condutas uniformizadas para a assistência ao paciente, necessita que a equipe tenha um pensamento único, um consenso nas condutas.

Dentro da UTI, alguns dos desafios nos cuidados de fim de vida estão ligados com a colaboração interdisciplinar, incluindo visões diferentes sobre o potencial de recuperação do paciente, problemas de comunicação na equipe interdisciplinar e uma falta de participação da enfermagem no processo de tomada de decisão. Diretrizes

desenvolvidas dentro da interdisciplinaridade podem ajudar a esclarecer, descrever e obter consenso sobre as normas para fim de vida na tomada de decisão e cuidado, e, assim, melhorar a satisfação com a colaboração interdisciplinar e assistência ao paciente (JENSEN et al., 2013).

Percebe-se no discurso três, que ainda há uma falta de consenso em definir esse paciente em CP. A equipe identifica que o CP existe, mas ainda não há uma uniformização nas condutas.

Para que se tenha uniformização das condutas, há necessidade de melhorar a comunicação entre a equipe. Habilidades de comunicação são essenciais ao profissional que convive com pacientes sob CP, independente de sua formação básica ou área de especialidade, porque permitem melhor acesso e abordagem à sua dimensão emocional, a fim de aprimorar a assistência ao paciente (ARAÚJO et al., 2012).

Comunicação é um desafio nas UTIs por causa de múltiplos aspectos fundamentais dos cuidados intensivos, sendo um deles a complexidade. A incerteza é uma constante no que diz respeito aos resultados, afeta a tomada de decisão e acrescenta estresse para todos os envolvidos, incluindo pacientes, famílias e equipe de saúde. Além disso, há os desafios éticos, pois com o aumento da tecnologia e opções de tratamento, dilemas éticos podem ocorrer com frequência. Tendo em conta todos estes elementos, torna-se mais fácil de entender o quão desafiador a comunicação na UTI pode ser. A literatura aponta que a principal fonte de conflitos na UTI está nos cuidados de fim de vida, devido às decisões e problemas de comunicação (GRANT, 2015).

O discurso três do presente estudo retrata o que vem ocorrendo nas UTIs, e que a literatura apresenta com esse perfil da equipe assistencial que lida com os pacientes terminais.

A ausência de protocolos assistenciais dificulta a determinação dos cuidados a serem implementados. Os profissionais de saúde possuem muitas dúvidas em relação à terapêutica a ser mantida nos pacientes em que o CP foram instituídos (SILVA et al., 2013).

Idéia Central B- Falta capacitação para a equipe

DSC 4: *Falta conhecimento para entender os sintomas pré-morte e também preparo para conversar com a família na morte. A gente ainda não está bem preparada, ainda temos muitas dificuldades. Na UTI se eu quiser deixar um familiar, tem sempre muita preocupação, pois falta estrutura para receber essa família. A equipe ainda não compreende o que é realmente o cuidado paliativo. O grande diferencial aqui é ter profissionais que estão realmente capacitados em cuidados paliativos com especialização nessa área, mas falta comunicação, mais*

leitura, entender um pouco do paliativo, o que é paliativo pleno, o que não é paliativo pleno. Falta a gente envolver um pouquinho mais o nível técnico para que isso se aprimore e todo mundo entenda da mesma maneira, precisa investir em formação para que todo mundo consiga entender que tem um objetivo comum. Então eu acho que tem que ter treinamento da equipe que precisa estar preparada e comprometida com o cuidado paliativo (E1, E4, E9, E10, E13, E24, E35).

O discurso retrata a percepção de que na UTI os profissionais não estão preparados para lidar com o paciente em CP, faltam conhecimento e formação adequada, além de envolvimento de todos os integrantes da equipe multiprofissional.

Apesar da UTI ser um local que vivencia o morrer dentro da unidade, ou logo após sua alta, os profissionais que prestam os cuidados intensivos não estão adequadamente treinados ou qualificados em metas de atendimento de fim de vida. As discussões de fim de vida têm sido úteis para reduzir a incidência de intervenções agressivas e o estresse psicológico posterior entre os membros sobreviventes das famílias. O cuidado requer uma abordagem da equipe multidisciplinar com intensivista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e outros membros da equipe. Para resolver esse problema podem ser realizados programas de formação multidisciplinar para melhorar a definição de cuidados intensivos.

A capacitação tem como objetivo fornecer uma abordagem de comunicação multidisciplinar para famílias dos pacientes críticos, a fim de melhorar a comunicação entre os profissionais e com os pacientes e suas famílias, aumentar o nível de conforto pessoal, e melhorar a transição para cuidados de conforto (WESSMAN; SONA; SCHALLON, 2015).

Além da capacitação da equipe, há necessidade de se melhorar a comunicação. Os estudos demonstram que para ter uma comunicação eficaz entre os membros da equipe e com os familiares, deve-se incluir a enfermagem como participante ativo nesse processo. Para isso há necessidade de treinamentos específicos, com aprendizagem participativa dentro do contexto da atenção integral aos cuidados de fim de vida, juntamente com os médicos e outros membros da equipe para abordagem das famílias dos pacientes críticos de UTI (KRIMSHEIN et al., 2011).

No presente estudo, sete entrevistados (18,92%) percebem que falta capacitar a equipe para melhorar a assistência ao paciente em CP. A equipe já vivencia a atuação do CP na UTI, mas ainda há necessidade de

maior preparo para interagir com a família e conseguir uma atuação multidisciplinar. A família é uma das preocupações dentro da UTI, e na qual os profissionais requerem estar mais preparados e capacitados para seu acolhimento.

Estudo semelhante realizado com uma equipe multiprofissional, acerca do cuidado paliativo no contexto hospitalar, também retratou em um dos temas a necessidade de qualificação da equipe assistencial para lidar com o processo da terminalidade, relatando que nem todos estavam preparados para lidar com este tipo de paciente (CARDOSO et al., 2013).

Outro estudo também aborda o despreparo da equipe multiprofissional em lidar com o paciente crítico terminal, relata a dificuldade de vivenciar o momento de quando parar de investir no paciente, saber o que é um suporte básico e o que é um investimento pleno. Há falta de conhecimento das pessoas, de saber quem é aquele paciente que deve ter o suporte básico, e entender por que o suporte básico (SILVA et al., 2013).

Outro estudo retrata o ressignificado do cuidado em uma unidade especializada em CP, tratando o doente e não a doença, ativando a humanização no atendimento aos pacientes, e apresenta um exemplo de que o paciente e seus familiares nos momentos finais de vida não desejam ir para uma UTI, mostrando que o que eles precisam no momento não é apenas de tecnologia, e sim, de um cuidado mais ampliado que contemple as dimensões psicoemocionais relacionadas ao momento vivido (VARGAS et al., 2013).

CONCLUSÃO

O cuidado paliativo é uma filosofia ainda a ser explorada dentro do cenário do estudo, e necessita de maiores esclarecimentos aos profissionais.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se que a equipe da UTI tem o entendimento de que o cuidado paliativo é apropriado na fase terminal da vida, sem necessidade de medidas fúteis de tratamento, e com cuidado de conforto ao paciente e seus familiares. Os entrevistados também relataram a necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe da UTI, para que se estabeleçam condutas mais uniformizadas na assistência ao paciente. Referiram à necessidade de capacitação, para que em conjunto seja aprimorada a assistência ao paciente em fase final de vida e oferecer o suporte necessário aos familiares.

A carência de formação dos profissionais em cuidados paliativos interfere na definição de quais pacientes devem ser internados, ou não, na UTI, e na forma de cuidar, ou seja, quais terapêuticas devem ser instituídas apesar do diagnóstico de CP.

Apesar da UTI, cenário da presente pesquisa, ser pioneira na aplicação de CP, ainda se confunde a visão do paliativismo com o cuidado de terminalidade, ou seja, precisa ser quebrado o estigma de que CP é igual a paciente terminal.

Esse fato talvez se deva as decisões estarem ainda segregadas na equipe médica, pois apesar dos resultados apontarem uma equipe diferenciada, com grau de formação, da maioria dos entrevistados, de graduação ou pós-graduação, ainda assim não há uniformização das condutas, há falta de comunicação entre a equipe e o conhecimento sobre o CP não está sendo repassado a todos os integrantes da equipe multiprofissional.

Dessa forma, o estudo aponta uma lacuna na uniformização das condutas, justificando a necessidade de construção de protocolos assistenciais para os pacientes em cuidados paliativos.

Aponta-se como limitação, o fato de ter sido realizado em apenas uma UTI, o que dificulta generalizações dos resultados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 121-129, 2012.

ASLAKSON, R. A.; CURTIS, J. R.; NELSON, J. E. The changing role of palliative care in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 42, n. 11, p. 2418–2428, 2014.

BAUSEWEIN C; HIGGINSON I J. Challenges in defining ‘palliative care’ for the purposes of clinical trials. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v. 6, n. 4, p. 471–482, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 08 de jan de 2016.

CARDOSO, D. H.; et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1134-41, 2013.

CARDOSO, S. V. **Os dilemas da equipe multidisciplinar na UTI**. Sociedade Paulista de Terapia Intensiva. Disponível em: http://www.sopati.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=207. Acesso em: 08 de jan de 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos do Cremesp. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008. 689 p.

FRONTERA, J. A.; et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients: A report from the improving palliative care in the icu project advisory board and the center to advance palliative care. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 9, p. 1964–1977, 2015.

GRANT, M. Resolving communication challenges in the intensive care unit. **AACN Advanced Critical Care**, v. 26, n. 2, p. 123-130, 2015.

HANSEN, L.; et al. Life-sustaining treatment decisions in the ICU for patients with

ESLD: A prospective investigation. **Research in Nursing & Health**, v. 35, n. 5, p. 518-532, 2012.

HUA, M.; Wunsch H. Integrating palliative care in the ICU. **Current Opinion in Critical Care**, v. 20, p. 673–680, 2014.

IZUMI, S. S.; et al. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 5, p. 608–618, 2012.

JENSEN, H. I.; AMMENTORP, J., ØRDING, H. Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. **Heart, Lung and Vessels**, v. 5, n. 3, p. 158-167, 2013.

KRIMSHEIN, N. S.; et al. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: An intervention. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 12, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo**. Brasília: Líber Livro, 2. ed. 2012. 224p.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MECHELEN, W. V.; et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 9, p. 197–208, 2013.

NELSON, J. E.; et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the icu: a report from the improving palliative care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. **Critical Care Medicine**, v. 41, n.10, p. 2318–2327, 2013.

NELSON, J. E.; et al. Palliative care in the ICU. *Journal of Palliative Medicine*; v. 15, n. 2, 2012.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2010.

SAFT, H. L.; et al. Impact of critical care medicine training programs' palliative care education and bedside tools on icu use at the end of life. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 6, n. 1, 2014.

SILVA, C. F.; et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2597-2604, 2013.

TRUOG, R. D.; et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 3, p. 953–963, 2008.

VARGAS, M. A. O.; et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 637-45, 2013.

WESSMAN, B. T.; SONA, C.; SCHALLOM, M. Improving caregivers' perceptions regarding patient goals of care/end-of-life issues for the

multidisciplinary critical care team. **Journal of Intensive Care Medicine**, 2015.

WIEDERMANN, C. J.; LEHNER, G. F.; JOANNIDIS, M. From persistence to palliation: limiting active treatment in the ICU. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v. 18, n. 6, p. 693–699, 2012.

4.3 MANUSCRITO 3 - PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR PARA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO

Protocolo de cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: uma abordagem interdisciplinar para dor, dispneia e hipersecreção

Palliative care protocol in the intensive care unit: an interdisciplinary approach to pain, dyspnea and hypersecretion

Protocolo de cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos: un enfoque interdisciplinario para el dolor, la disnea y la hipersecreción

Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini
Eliane Regina Pereira do Nascimento
Rachel Duarte Moritz

RESUMO: Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva são um local onde muitos doentes evoluem de forma insatisfatória. Dessa forma, torna-se necessário o conhecimento e consequentemente a implantação do cuidado paliativo. Objetivo: Elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dipneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva. Método: Pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial realizada na UTI de pacientes adultos de um hospital geral situado no estado de Santa Catarina. Participaram do estudo enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos que compunham o quadro funcional da equipe da UTI. A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A primeira constou de entrevistas individuais, semiestruturadas, e a segunda, de Grupos de Discussão. Na primeira etapa participaram 37 profissionais, dos quais 12 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, cinco fisioterapeutas e nove médicos para responderem sobre as intervenções relativas à dor, dispneia e hipersecreção, no paciente em tratamento paliativo na UTI. Na segunda etapa foram realizados dois encontros com a finalidade de socializar as intervenções obtidas nas entrevistas e refletir sobre as mesmas, a fim de construir o protocolo tendo como base a literatura científica. Resultados: O protocolo contemplou cuidados relativos à dor, à dispneia e à hipersecreção,

traçando a prescrição geral multiprofissional de assistência paliativa e as recomendações de manejo para cada sintoma abordado. Conclusão: O protocolo construído de forma interdisciplinar oportunizará uma condução melhor da abordagem dos sintomas aos pacientes em cuidados paliativos na UTI, propiciando mais segurança para a equipe de saúde além de servir como referência para a literatura na área e para outras instituições.

Descritores: Protocolo. Unidade de Terapia Intensiva. Cuidados Paliativos. Interdisciplinar.

ABSTRACT: Introduction: Intensive Care Units are a place where many patients evolve unsatisfactorily. Thus, it becomes necessary knowledge and consequently the implementation of palliative care.

Objective: To develop an interdisciplinary protocol for the control of pain, dyspnea and hypersecretion in patients under palliative care, in phase three terminal patients in intensive care unit. **Method:** Qualitative research type Convergent Care in the adult Intensive Care Unit patients in a general hospital located in the state of Santa Catarina. Study participants were nurses, nursing technicians, physical therapists and doctors who made up the staff of the ICU team. Data collection occurred in two stages. The first consisted of individual interviews, semi-structured, and the second, Discussion Groups. In the first stage, 37 professionals, including 12 nurses, 11 nursing technicians, five physiotherapists and nine physicians to respond on interventions related to pain, dyspnoea and hypersecretion in patients in palliative care in the Intensive Care Unit. In the second stage two meetings were held in order to socialize the interventions obtained in interviews and reflect on them in order to build with protocol based on the scientific literature. **Results:** The protocol included care for pain, dyspnea, and hypersecretion, tracing the multi general limitation palliative care and management recommendations for each covered symptom. **Conclusion:** The protocol built in an interdisciplinary way oportunizará better driving approach of symptoms to patients in palliative care in the Intensive Care Unit, providing more security for the health team and serves as a reference to the literature in the area and to other institutions.

Descriptors: Protocol. Intensive Care Unit. Palliative care. Interdisciplinary.

RESUMEN: Introducción: Unidades de Cuidados Intensivos son un lugar donde muchos pacientes evolucionan de forma insatisfactoria. Por lo tanto, se hace necesario el conocimiento y en consecuencia la puesta

en práctica de los cuidados paliativos. **Objetivo:** Desarrollar un protocolo interdisciplinario para el control del dolor, la disnea y la hipersecreción en pacientes bajo cuidados paliativos, en la fase tres pacientes terminales en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** Cualitativa tipo de investigación convergente Care en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos en un hospital general situado en el estado de Santa Catarina. Los participantes del estudio fueron enfermeras, técnicos de enfermería, fisioterapeutas y médicos que componen el personal del equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos. La recolección de datos se produjo en dos etapas. La primera consistió en entrevistas individuales, semi-estructurada, y la segunda, grupos de discusión. En la primera etapa, 37 profesionales, incluyendo 12 enfermeras, 11 técnicos de enfermería, fisioterapeutas cinco y nueve médicos que responden a las intervenciones relacionadas con el dolor, la disnea y la hipersecreción en pacientes en cuidados paliativos en la UCI. En la segunda etapa se realizaron dos reuniones con el fin de socializar las intervenciones obtenidos en entrevistas y reflexionar sobre ellos con el fin de construir con protocolo basado en la literatura científica. **Resultados:** El protocolo incluye el cuidado para el dolor, la disnea y la hipersecreción, trazando las recomendaciones de varios paliativos de atención y gestión de prescripción general para cada síntoma cubierta. **Conclusión:** El protocolo incorporado de forma interdisciplinar oportunizará mejor enfoque de manejo de los síntomas a los pacientes en cuidados paliativos en la UCI, que proporciona una mayor seguridad para el equipo de salud y sirve como una referencia a la literatura en la zona y de otras instituciones. **Descriptores:** Protocolo. Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidados Paliativos. Interdisciplinario.

INTRODUÇÃO

São inquestionáveis os benefícios auferidos com as novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas que propiciam o salvamento de vidas em situações críticas. Entretanto, o aparato tecnológico atual, principalmente o encontrado nas unidades de terapia intensiva (UTI) tem permitido também o prolongamento da fase final da vida.

Embora as UTIs sejam destinadas a prestar atendimento a pacientes instáveis, vítimas de enfermidades agudas ou crônicas degenerativas com intercorrências agudas com potencial de recuperação, muitos doentes evoluem de forma insatisfatória e se tornam cronicamente críticos, vindo a morrer nessas unidades. Essa realidade

faz com que os profissionais envolvidos no tratamento de pacientes críticos sofram dilemas sobre a vida e a morte (MORITZ et al., 2012).

São constantes os questionamentos de quais são os limites de atuação para prolongar uma vida ou adiar a morte e, em quais situações existe a necessidade de intervir para reabilitar, para curar, para reverter, ou então para promover um fim de vida digno e confortável, proporcionando suporte ao paciente com doença terminal e aos seus familiares. Essa realidade tem levado à certeza de que os Cuidados Paliativos (CP) são um elemento essencial para a atenção integral aos pacientes críticos, independentemente do diagnóstico ou prognóstico. Entretanto, os cuidados no final da vida desses pacientes geram dilemas éticos, principalmente no que concerne a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis (MORITZ et al., 2012; MORITZ et al., 2008; ASLAKSON et al., 2014 b; COOK; ROCKER, 2014; SILVA et al., 2013).

Despreparados para essa questão, os profissionais da saúde, muitas vezes, subestimam o conforto daquele que sofre de uma doença terminal. Dessa forma, torna-se necessário o conhecimento e consequentemente a implantação de CP.

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), revista em 2002, CP é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Esses cuidados devem ser realizados por uma equipe multiprofissional em trabalho harmônico e convergente, preconizando a atenção individualizada ao doente e a sua família, a busca na excelência de controle dos sintomas e a prevenção de sofrimento. A abordagem paliativa concomitante com o tratamento curativo é necessária, sendo que à medida que a doença progride e que o tratamento curativo deixa de oferecer um controle razoável da mesma, os CP crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta, na fase em que a cura deixa de ser realidade (KHANDELWAL et al., 2015).

Visando à implantação dos CP nas UTIs, os membros do Comitê de Terminalidade da Vida do Cone Sul definiram fases de assistência paliativa. Na primeira fase existe maior chance de recuperação, sendo indicado o tratamento curativo/restaurativo pleno com o tratamento paliativo focado no controle dos sintomas e na boa comunicação; na segunda fase é detectada evolução para irreversibilidade da doença devendo ser priorizada a qualidade da vida, com instituição de

tratamento curativo/restaurativo somente quando considerado proporcional; quando a doença se manifesta irreversível e a morte é iminente (terceira fase) os CP devem ser exclusivos ou preferenciais. Ressalta-se que para o reconhecimento dessas fases, torna-se primordial o adequado estabelecimento prognóstico dos pacientes críticos, que é imprescindível para o processo de tomada de decisão, para uma adequada comunicação e, conseqüentemente, para a definição de plano de cuidados. Instrumentos validados de prognóstico estão relacionados à funcionalidade global, à doença de base e às complicações agudas da doença de base (MORITZ et al., 2012; GARCIA et al., 2014).

O controle adequado dos sintomas é um dos principais pilares dos CP. Infelizmente, tanto médicos quanto enfermeiros apresentam deficiências significativas nesses cuidados. Os profissionais se sentem despreparados para cuidar do paciente com doença terminal e não possuem treinamento técnico suficiente para tratar a dor e os sintomas desses pacientes.

Neste contexto, a capacitação inadequada em CP é uma realidade presente em muitos países, abrangendo a formação na graduação e especializações, tornando imperativa a educação programática nesta área. Corroborar com essa afirmação os resultados apontados por um estudo que colheu informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos estiveram conscientes nos três dias antecedentes à morte; 40% sofreram dores insuportáveis; 80%, fadiga extrema e 63%, extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional. Mesmo nas UTIs, onde a administração de fármacos sedoanalgésicos é menos temida, pacientes têm frequentemente recordação de dor e sofrimento (SUPPORT PRINCIPAL INVESTIGATORS, 1995).

Tendo em vista que a dor, o estresse, a ansiedade, e um ciclo interrompido sono/vigília são sintomas comuns que ocorrem em pacientes internados em UTI, foram definidas diretrizes para a prevenção e controle desses sintomas, dos pacientes críticos de todos os grupos de idade e gravidade da doença, independentemente das comorbidades associadas (BARON et al., 2015; PUNTILLO et al., 2014).

Entretanto, até a presente data não existem definições específicas para o tratamento dos pacientes críticos sob CP, especialmente na fase três da assistência paliativa.

Com o exposto este estudo tem como **objetivo** elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e

hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA). Esse tipo de pesquisa tem como característica principal manter, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação da prática assistencial, com a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na assistência. O processo da PCA compreende cinco fases inter-relacionadas: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação dos dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A fase de concepção compreende a decisão do problema a ser investigada, a formulação da pergunta e objetivos da pesquisa e a sustentação teórica. A instrumentação, diz respeito ao contexto do estudo, participantes e técnica de coleta de dados adotada na condução do estudo, enquanto que a perscrutação é o detalhamento das estratégias para a coleta de dados. Na última etapa, organização e análise dos dados, o pesquisador tem a liberdade de escolher o método mais adequado ao seu estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na fase de instrumentação, o contexto deste estudo foi a UTI de pacientes adultos de um hospital geral situado no estado de Santa Catarina. Participaram do estudo enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos.

Adotou-se como critério de inclusão, os profissionais da equipe multiprofissional atuantes no cenário do estudo, por um tempo de seis meses ou mais, tempo necessário para o profissional ter a experiência de cuidar do paciente em cuidado paliativo. Excluíram-se os profissionais afastados do exercício profissional no período de coleta dos dados, por motivo de férias ou licenças.

Os participantes formalizaram o aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer n. 959.555/2015 e número CAAE 36643714.1.0000.0118, no período de maio a outubro de 2015, em duas etapas. A primeira constou de entrevistas individuais, semiestruturadas, e a segunda, de Grupos de Discussão (GDs).

Na primeira etapa participaram 37 profissionais, dos quais 12 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, cinco fisioterapeutas e nove médicos. A questão norteadora foi: *Quais as intervenções relativas à*

dor, dispneia e hipersecreção, no paciente em tratamento paliativo na Unidade de Terapia Intensiva que você considera importante para compor um protocolo?

Cabe informar que a interrupção de novas entrevistas se deu pela saturação teórica dos dados, momento esse em que o pesquisador analisa que os dados armazenados já são suficientes para alcançar o que almeja o seu estudo e que a repetição de informações não acrescentará seu aperfeiçoamento (FONTANELLA et al., 2011).

As entrevistas foram realizadas em local reservado na UTI, e gravadas em formato MP3, com autorização dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados com a letra E (entrevistados), seguida de número correspondente à sequência das entrevistas. As intervenções relatadas foram organizadas por categoria profissional. Para cada conduta elencada pelos profissionais, foi feita a busca na literatura científica, através de artigos de bases eletrônicas nacionais e internacionais e entidades científicas de cuidados paliativos, a fim de justificar cada cuidado elencado para compor o protocolo, o que foi fundamental para nortear a discussão realizada na segunda etapa da coleta de dados, os grupos de discussão.

Na segunda etapa, foram realizados dois encontros com a finalidade de socializar as intervenções obtidas nas entrevistas e refletir sobre as mesmas, tendo como referência aquelas fundamentadas cientificamente. Além disso, objetivou-se eleger de forma coletiva quais intervenções iriam compor o protocolo. Para a realização dos encontros, estabeleceu-se que deveriam ter a representação de no mínimo um profissional por categoria.

Os encontros foram realizados em sala de aula, anexa a UTI, e duraram em média 90 minutos. Nos dois encontros estiveram presentes representantes de todas as categorias (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem) totalizando 12 participantes por encontro, sendo que todos participaram da primeira etapa da coleta de dados.

No primeiro encontro, foi estabelecido e acordado com os participantes que só constariam no protocolo as intervenções com evidências científicas. Nesse primeiro encontro foi apresentada e discutida a proposta de intervenções relativas à dor e à hipersecreção, conforme citado por cada categoria profissional, e justificadas pela literatura. Nesse encontro, os profissionais sugeriram alterações e acréscimos de condutas que foram registradas pelo pesquisador para posterior inclusão ao protocolo.

O segundo encontro foi realizado na semana seguinte, conforme acordado no primeiro encontro, para a apresentação e discussão das intervenções relacionadas à dispneia e seguiu a mesma dinâmica do primeiro. No final do encontro foi apresentado o esboço do protocolo com as intervenções relacionadas à dor, à dispneia e à hipersecreção.

O formato final do protocolo será apresentado a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 37 profissionais que participaram do estudo, 12 são enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, cinco fisioterapeutas e nove médicos. Desses, 32 (86,5%) eram do sexo feminino e cinco (13,5%), masculino. A média das idades foi de 37 anos, sendo a média feminina 36 anos e a masculina 45 anos. Em relação ao grau de formação, cinco entrevistados (13,5%) possuíam segundo grau completo; 11 (29,7%), curso superior completo; 17 possuíam mestrado (45,9%); e 4 possuíam doutorado (10,8%).

A seguir será apresentado o protocolo construído coletivamente com a equipe de saúde da UTI.

Protocolo Interdisciplinar de Cuidados Paliativos em UTI

Esse protocolo contempla as principais intervenções a serem executadas pelos profissionais ao paciente em CP, para a fase três da terminalidade, para os sintomas de dor, dispnéia e hipersecreção. As intervenções estão apresentadas separadamente de acordo com a categoria profissional, porém, devem ser executadas de modo interdisciplinar.

DOR**Quadro 6 - Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para DOR****TODOS OS PROFISSIONAIS PODEM:**

1. Identificar o tipo de dor do paciente
2. Avaliar intensidade da dor pela Escala Visual Analógica (EVA) em pacientes conscientes e acordados
3. Utilizar a Escala Behavioral Pain Scale (BPS) em pacientes sedados
4. Utilizar a Edmonton Symptom Assesment System (ESAS) para pacientes conscientes e acordados

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quadro 7 - Recomendações para o manejo da DOR por especialidade profissional

PROFISSIONAIS MÉDICOS

5. Utilizar os princípios de tratamento farmacológico da dor propostos pela OMS:

- Pelo relógio: horário regular, e não apenas em doses “se necessário”
- Para o indivíduo: de acordo com as necessidades específicas do doente
- Uso de coanalgésicos ou adjuvantes: para potencializar a analgesia
- Atenção aos detalhes: explorar todos os tipos de dor do paciente
- Pela “escada analgésica”: São medicações de acordo com o grau de dor do paciente, indo de leve à intensa.

6. Utilizar a escada analgésica para dor:

- Se Dor Leve: Dipirona; Hioscina
- Se Dor Moderada: Morfina; tramadol;
- Se Dor Grave: Em pacientes fora da VM pode ser utilizado morfina; em pacientes IOT e VM pode ser utilizado fentanil

7. Associar medicação coanalgésica ou adjuvante ao tratamento da dor como:

- Ansiolíticos: Clonazepam
- Neurolépticos: Haloperidol
- Alfa-2 Adrenérgico Agonista: Clonidina
- Corticoides: Metilprednisolona

8. Evitar procedimentos dolorosos como: HGT e Exames laboratoriais

PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA

9. Mobilizar o paciente para evitar síndrome do imobilismo:

- Mobilizar passivamente pacientes totalmente dependentes
- Mobilizar ativo - assistidamente pacientes conscientes e colaborativos

10. Utilizar a Termoterapia: calor ou frio

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

11. Administrar medicamentos prescritos para dor

12. Avaliar indicação para realização da mudança de decúbito

13. Realização de higiene e conforto

14. Flexibilizar horário das visitas dos familiares

15. Manter posicionamento adequado

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para DOR Justificativas:

1. Identificar o tipo de dor do paciente: Existem algumas maneiras de se classificar a dor. Frequentemente podem-se ter três tipos de dor: (a) Aguda com uma duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada (ex.: dor pós-operatória e trauma), (b) Crônica Oncológica e (c) Crônica Não Oncológica caracterizada por uma duração indeterminada e não autolimitada associada à inflamação tecidual persistente, perda tecidual e/ou lesão neuropática que induzem a alterações persistentes no sistema nervoso periférico (SNP) e central (SNC) (BRASIL, 2001).

2. Avaliar intensidade da dor pela Escala Visual Analógica (EVA): A dor é uma experiência única e individual e é o que o paciente refere e descreve. A falta de sistematização na avaliação da dor frequentemente leva a um subtratamento apesar dos avanços terapêuticos. As equipes multiprofissionais dedicadas aos CP devem estabelecer precocemente vias de comunicação clara para esta avaliação (WADE; BOOTH; WILCOCK, 2005). A escala visual analógica da dor é uma escala simples, reproduzível e universal. É um método de autoavaliação representado por uma linha reta de 10 cm, onde em um dos extremos se tem a ausência de dor e no outro a dor insuportável. Essa escala é utilizada para pacientes conscientes e acordados (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

3. Utilizar Escala Behavioral Pain Scale (BPS): A dor durante a hospitalização é frequente, devido à gravidade da doença e aos procedimentos necessários ao tratamento, que são quase sempre invasivos e agressivos, principalmente no setor de terapia intensiva. A comunicação da experiência dolorosa aos profissionais de saúde é fundamental para compreensão do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. Um problema comum nas UTIs é a existência de grande número de pacientes graves que se encontram inconscientes e em ventilação mecânica, ou seja, impossibilitados de se expressarem verbalmente de forma efetiva. Várias escalas vêm sendo desenvolvidas para avaliar o paciente adulto em UTI sedado e sob ventilação mecânica, dentre elas, a escala Behavioral Pain Scale (BPS), que parece ser a que reúne mais consenso para ser utilizada na prática clínica. Essa escala foi uma das primeiras a ser usada para medir as experiências de dor em doentes incapazes de se

comunicar verbalmente, sendo atualmente uma das mais estudadas. Consiste na avaliação de três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. A BPS permite definir a intensidade da dor entre 3 (nenhuma dor) e 12 (a maior intensidade de dor) pontos. Cada indicador foi categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). O tempo estimado para seu preenchimento é de 2 a 5 minutos (MORETE et al., 2014).

4. Utilizar a Edmonton Symptom Assesment System (ESAS): É uma escala de avaliação de sintomas em CP desenvolvida em Edmonton, no Canadá. A cada sintoma se solicita ao paciente que atribua uma nota de zero a dez, sendo zero a ausência do sintoma e dez a sua maior intensidade. O profissional se mantém imparcial e deve permitir que o paciente expresse a sua própria avaliação. O ESAS inclui sintomas objetivos e subjetivos. Na impossibilidade do paciente estabelecer uma comunicação coerente, a ESAS pode ser preenchida por seu cuidador com base na observação cuidadosa do seu comportamento, avaliando os seguintes sintomas: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, falta de ar e dispneia (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; MANFREDINI, 2014; MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

Recomendações para o Manejo da DOR por Especialidade Profissional

Justificativas:

5. Utilizar os princípios de tratamento farmacológico da dor propostos pela OMS: Os princípios do controle da dor têm sido sumariados pela World Health Organization (WHO) por meio de um método eficaz, podendo-se aliviar a dor do câncer em 80% dos casos. Este método pode ser resumido em seis princípios:

- Pela boca: usar a via oral sempre que possível. Em pacientes de UTI esta medida quase sempre não se aplica, portanto não utilizaremos no protocolo;
- Pelo relógio: horário regular, e não apenas em doses “se necessário”;
- Para o indivíduo: de acordo com as necessidades específicas do doente;
- Uso de coanalgésicos ou adjuvantes - para potencializar a analgesia;

- Atenção aos detalhes: explorar todos os tipos de dor do paciente;
- Pela “escada analgésica”: São medicações de acordo com o grau de dor do paciente, indo de leve à intensa.

(ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; BRASIL, 2001).

6. Utilizar a escada analgésica para dor: Na tentativa de documentar de forma objetiva e obter sucesso no alívio da dor, foram desenvolvidos instrumentos que permitem a escolha da terapêutica mais adequada para cada paciente. Em 1986, a OMS reuniu especialistas que elaboraram o "Guia para Tratamento da Dor no Câncer". Este protocolo tem por base a preconização do uso preferencial da via oral, a administração dos fármacos em horários pré-estabelecidos e não mais "se necessário" e, escalonamento progressivo de analgésicos, conhecido como "Escada Analgésica da OMS". A terapia medicamentosa utiliza a combinação de três grupos farmacológicos: analgésicos não opioides, analgésicos opioides, sendo a morfina a droga de eleição, e drogas adjuvantes ou coanalgésicos. Esta escala foi atualizada recentemente, onde foi acrescentado o quarto degrau colocados os procedimentos invasivos, como os bloqueios anestésicos e os procedimentos cirúrgicos (RABELO; BORELLA, 2013).

7. Associar medicação coanalgésica ou adjuvante ao tratamento da dor: Os opioides, tais como fentanil, hidromorfona, metadona, morfina, e remifentanil, são os medicamentos principais para controlar a dor no paciente crítico. Entretanto, sugere-se que os analgésicos não opioide sejam utilizados em conjunto para diminuir a quantidade de opioide administrado (ou para eliminar a necessidade de opioides IV no total) e para diminuir os efeitos secundários também. Dentre eles, estão os anti-inflamatórios não esteroides (por exemplo, cetoalac, ibuprofeno), acetaminofeno, e anticonvulsivantes (BARR et al., 2013).

8. Evitar procedimentos dolorosos como hemoglicoteste (HGT) e exames laboratoriais: Se o tratamento principal ao paciente não pode atingir o objetivo desejado, considera-se inútil, e para tal deve-se poupar o paciente de procedimentos dolorosos que não vão acrescentar benefícios a sua recuperação, como por exemplo, realizar dosagem da glicemia capilar pelo HGT e coletar exames laboratoriais (SPINELLO, 2011).

9. Mobilizar o paciente para evitar síndrome do imobilismo: O programa de tratamento deve ser elaborado de acordo com o grau de dependência e progressão do paciente. O foco de atuação do fisioterapeuta deve ser de acordo com a funcionalidade do paciente.

- Mobilizar passivamente pacientes totalmente dependentes: manter a amplitude de movimento, aquisição de posturas confortáveis, propiciar a higienização e evitar complicações como úlceras por pressão, edema em membros, dor (BRASIL, 2001).
- Mobilizar ativo - assistidamente pacientes conscientes e colaborativos: realizar a cinesioterapia para ganho de amplitude articular, força e elasticidade nos movimentos de acordo com as condições clínicas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; FLORENTINO et al., 2012).

10. Utilizar a Termoterapia: A termoterapia é uma modalidade que possibilita a vasodilatação, o relaxamento muscular, a melhora do metabolismo e circulação local, a extensibilidade dos tecidos moles, a alteração de propriedades viscoelásticas teciduais e a redução da inflamação.

- Calor: pode ser realizada através do uso de bolsas térmicas, para aliviar a dor de pacientes em tratamento paliativo. O objetivo é o de promover o alívio do espasmo muscular, interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, aumento da extensibilidade tecidual e relaxamento muscular em indivíduos portadores de tumores, os quais podem estar comprimindo estruturas neuromusculares e, dessa forma, causando dor.
- Frio: a utilização do frio (crioterapia) pode ser utilizada em disfunções musculoesqueléticas, traumáticas, inflamatórias incluindo processos agudos (FLORENTINO et al., 2012).

11. Administrar medicamentos prescritos para dor: Na assistência hospitalar, cabe à equipe de enfermagem a tomada de decisão que precede a administração de medicação analgésica, anteriormente prescrita pelo médico. O enfermeiro deve participar de forma ativa no tratamento, garantindo a oferta analgésica e de forma adequada, sendo assim, deve ser capaz de prever um evento doloroso durante a realização de um procedimento diagnóstico ou terapêutico, para poder programar

medidas para minimizar ou prevenir a ocorrência de dor (FONTES; JAQUES, 2007).

12. Avaliar indicação para realização da mudança de decúbito: De maneira ideal, a mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada duas horas. No entanto, a mobilização no leito na fase final de vida deve ser criteriosa. O objetivo é sempre conciliar formas de prevenção de maiores agravos com o máximo conforto do paciente, incluindo a ausência de dor. Manter a pele do paciente limpa e seca e mudá-lo sempre de posição. É preciso pensar no bem estar do doente, nas suas condições hemodinâmicas e usar o bom senso (ANCP, 2009; BOAS, 2015).

13. Realização de higiene e conforto: Com o declínio clínico e/ou psicológico dos pacientes, os cuidados voltados para higiene e conforto físico vão obtendo dimensões cada vez maiores em consequência da perda de autonomia e dificuldade do autocuidado, fazendo com que os pacientes sob Cuidados Paliativos tenham grande demanda por ajuda, para a manutenção de higiene corpórea, integridade da pele, asseio pessoal, estética (necessária para assegurar a sua dignidade) e manutenção de seus papéis sociais. Dentre as práticas mais comuns de higiene e conforto estão: higiene do ambiente; banho no leito; higiene do couro cabeludo; higiene oral e íntima; troca de fraldas; massagem de conforto; mudança de decúbito; entre outras (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

14. Flexibilizar horário das visitas dos familiares: Em uma instituição hospitalar, a flexibilidade nos horários de visitas, a companhia permanente no quarto com entrada de crianças e um espaço no qual as famílias possam se relacionar umas com as outras são medidas de conforto para o paciente e importante para que o CP aconteça de fato. Além disso, há o desafio de conseguirem criar normas que possibilitem a entrada de pertences pessoais e adaptações no quarto de acordo com os desejos do paciente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

15. Manter posicionamento adequado: Ao permanecer em uma mesma posição de maneira inadequada e por um período prolongado, o paciente pode desenvolver dor, encurtamento muscular e tendíneo, deformidades e contraturas, entre outras complicações, que podem

comprometer seu estado de saúde e gerar desconforto (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

DISPNEIA

Quadro 8 - Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para DISPNEIA

<p>TODOS OS PROFISSIONAIS PODEM:</p> <ul style="list-style-type: none">16. Identificar a causa da Dispneia17. Posicionar cabeceira elevada18. Aspirar as vias aéreas quando identificado acúmulo de secreção

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quadro 9 - Recomendações para o manejo da DISPNEIA por especialidade profissional

<p style="text-align: center;">PROFISSIONAIS MÉDICOS</p> <p>19. Prescrever terapia farmacológica para causas corrigíveis da dispneia como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Broncoespasmo: utilizar broncodilatador (aerossol/nebulização/SC) • Congestão: utilizar diurético • Dispneia: utilizar morfina • Níveis de pressão alterados: utilizar nitrato • Edema em neoplasia: utilizar corticoide • Ansiedades e medos: utilizar benzodiazepínico • Hipoxemia com SaTO₂ < 90 % associado a desconforto respiratório : administrar oxigênio e avaliar individualmente • Presença de secreção purulenta: avaliar a indicação de antibiótico <p>20. Utilizar ventilação não invasiva para tratar causas agudas e reversíveis</p> <p>21. Utilizar sedação paliativa para casos de dispneia refratária</p> <p>22. Avaliar manutenção do suporte ventilatório</p> <p>23. Avaliar a não instituição de novas terapias</p>
<p style="text-align: center;">PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA</p> <p>24. Avaliar a necessidade de VNI para tratar causas agudas e reversíveis como congestão/broncoespasmo e não por fase final vida</p> <p>25. Avaliar necessidade de terapias de higiene brônquica e reexpansão pulmonar</p> <p>26. Avaliar o benefício da aspiração das vias aéreas</p>
<p style="text-align: center;">PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</p> <p>27. Garantir e checar a administração da medicação prescrita para minimizar a dispneia</p> <p>28. Avaliar o conforto e benefício da mudança de decúbito frente à dispneia</p> <p>29. Manter monitorização eletrocardiográfica apenas e retirar alarmes de PA e SpTO₂. Deve constar na prescrição médica também.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para DISPNEIA

Justificativas:

16. Identificar a causa da dispneia: Quando se faz uma avaliação dos sintomas respiratórios, é fundamental que se avalie não só a intensidade (pequena, média ou grande), mas também as suas características, desencadeantes, ritmo de evolução, fatores de melhora e piora além da doença que leva ao sintoma. Havendo causas corrigíveis, é possível controlar a dispneia de forma mais fácil e rápida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

17. Posicionar cabeceira elevada: O posicionamento é importante para o paciente acamado. A posição sentada aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório dos pacientes (MARCUCCI, 2005).

18. Aspirar as vias aéreas quando identificado acúmulo de secreção: A aspiração de vias aéreas é um procedimento angustiante e doloroso, deve ser empregado com critério e sempre com uso de analgesia de resgate anteriormente e deve ser realizada quando a causa da dispneia for a retenção de secreções nas vias aéreas superior e/ou inferior (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Recomendações para o Manejo da DISPNEIA por Especialidade Profissional

Justificativas:

19. Prescrever terapia farmacológica para causas corrigíveis da dispneia: Havendo causas corrigíveis, é possível controlar de forma mais fácil e rápida a dispneia. A seguir segue algumas causas da dispneia e as possíveis condutas.

- Broncoespasmo: Utilizar broncodilatador (aerossol/nebulização/subcutâneo): Os pacientes que tem asma e DPOC devem ter seu tratamento otimizado com broncodilatador (WADE; BOOTH; WILCOCK, 2005).
- Congestão: Administrar diuréticos: Em CP o primordial é o controle de sintomas que estão incomodando o paciente. No caso do paciente apresentar dispneia devido a uma congestão pulmonar, lança-se mão de

medicações como os diuréticos para otimizar o balanço hídrico negativo e melhorar com isso o desconforto respiratório do paciente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

- **Dispneia: Administrar Morfina:** Os opioides por via oral ou parenteral são medicações de uso reconhecidamente aprovado em controle de sintomas respiratórios, inclusive se refratários a medidas clínicas voltadas para a causa de base.
- **Níveis de pressão alterados: Administrar Nitrato:** Ajustar as medicações necessárias para que haja alívio dos sintomas desconfortáveis ao paciente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).
- **Edema em neoplasia: Administrar corticoide:** Os corticosteroides são usados pelo seu efeito anti-inflamatório (reduzindo, assim, o edema peritumoral) para tratar os sintomas de obstrução traqueal por compressão ou estridor e linfangite carcinomatosa (WADE et al., 2005).
- **Ansiedades e medos: Utilizar Benzodiazepínico:** O uso desse tipo de medicação se justifica pela presença de componente emocional, importante nos sintomas de natureza respiratória (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).
- **Hipoxemia com $SpTO_2 < 90\%$ associado a desconforto respiratório:** Administrar Oxigênio e avaliar individualmente: Em geral, existe ainda pouca evidência do benefício concreto do uso indiscriminado de oxigênio em CP. A indicação é precisa em subgrupos e situações especiais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).
- **Presença de secreção purulenta: avaliar a indicação do uso de antibiótico:** Pode-se conseguir redução da quantidade de secreções com antibióticos macrolídeos como eritromicina (diminuição de secreção mediada por macrófagos) (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

20. Utilizar ventilação não invasiva (VNI) para tratar causas agudas e reversíveis: A VNI pode ser usada em pacientes terminais quando a causa da insuficiência respiratória for potencialmente reversível,

particularmente naqueles pacientes com DPOC agudizada ou com edema pulmonar de origem cardíaca (SCHETTINO et al., 2007).

21. Utilizar sedação paliativa para casos de dispneia refratária: É a redução intencional do nível de consciência, com o objetivo de controlar sintomas causadores de grande desconforto refratários ao tratamento convencional, presentes na evolução de doenças incuráveis e progressivas em fase terminal. A sedação paliativa pode ser utilizada também em paciente sob ventilação mecânica para abolir sensação da dispneia (SARDENBERG, 2012).

22. Avaliar manutenção do suporte ventilatório: Retirar ou limitar o suporte artificial de vida (SAV) é uma opção a ser considerada, mantendo-se ou intensificando-se todos os cuidados que possam aliviar os sintomas de desconforto. Entende-se que, retirar SAV seria desligar a infusão contínua de vasopressores, suspender a hemodiálise ou extubar o paciente. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

23. Avaliar a não instituição de novas terapias: Avaliar se é apropriado oferecer, ou não, uma determinada terapia, depende do equilíbrio entre as possíveis vantagens e os riscos potenciais do tratamento, ou seja, o que é melhor para o paciente (DOYLE; WOODRUFF, 2008). Quando o objetivo do tratamento é o conforto, podem ser entendidas como medidas fúteis. Retirá-las ou limitar seu uso nestas circunstâncias, seria então uma opção a ser considerada, mantendo-se ou intensificando-se todos os cuidados que possam aliviar os sintomas de desconforto. Entende-se que limitar o SAV pode ser, por exemplo, não aumentar a dose de noradrenalina ou dos parâmetros da ventilação mecânica (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

24. Avaliar necessidade de VNI: para tratar causas agudas e reversíveis como congestão/broncoespasmo e não por fase final vida: Justificativa idem ao item 20.

25. Avaliar necessidade de terapias de higiene brônquica e reexpansão pulmonar: A cinesioterapia respiratória associada a técnicas de relaxamento, terapias de higiene brônquica, reexpansão pulmonar, mobilização de membros, realizadas em posturas adequadas, são recursos indicados nos casos de dispneia, hipersecreção, imobilismo

(CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

26. Avaliar o benefício da aspiração das vias aéreas: Em alguns casos é necessário realizar a aspiração da secreção através de sonda. A aspiração de vias aéreas é procedimento doloroso, deve ser empregado com critério e sempre com uso de analgesia de resgate anteriormente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012). Ela não deve ser sistemática, e sim, baseada na necessidade individual, através da avaliação de ruídos pulmonares, agitação do paciente, diminuição da oximetria e mudanças do padrão respiratório, que são indicativos de acúmulo de secreção (MARCUCCI, 2005).

27. Garantir e checar a administração de medicação prescrita para minimizar a dispneia: Na assistência hospitalar, cabe à equipe de enfermagem a tomada de decisão que precede a administração de medicação anteriormente prescrita pelo médico com a condição de ser efetuada em caso “se necessário” (FONTES; JAQUES, 2007).

28. Avaliar o conforto e benefício da mudança de decúbito frente à dispneia: De maneira ideal, a mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada duas horas. No entanto, a mobilização no leito na fase final de vida deve ser criteriosa, priorizando o conforto (a mudança de decúbito deve ser aprazada individualmente) (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

29. Manter monitorização eletrocardiográfica apenas e retirar alarmes de PA e SpTO₂: Aprender a reconhecer a proximidade da morte é importante não só para quem recebe o cuidado, no caso do paciente e cuidador, como também para a equipe multidisciplinar que assiste ao doente. A abordagem interdisciplinar também é essencial para o cuidado, visando uma assistência mais humanizada no final da vida. A equipe deve estar sintonizada, compartilhando informações e trabalhando cooperativamente, entendendo quais são os objetivos a serem atingidos nesta fase do cuidar. Retirar monitorização contínua, verificação de sinais vitais rigorosos, medidas não invasivas, minimizando os procedimentos dolorosos. Esta recomendação deve constar na prescrição médica também (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

HIPERSECREÇÃO

Quadro 10 - Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para HIPERSECREÇÃO

TODOS OS PROFISSIONAIS PODEM:

- 30. Identificar a causa da hipersecreção
- 31. Posicionar cabeceira elevada
- 32. Aspirar as vias aéreas quando identificado acúmulo de secreção

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quadro 11- Recomendações para o manejo da HIPERSECREÇÃO por especialidade profissional

PROFISSIONAIS MÉDICOS

33. Prescrever terapia farmacológica para as causas da hipersecreção como:

- Para diminuir secreção salivar: hioscina ou colírio de atropina
- Para infecção respiratória que esteja causando desconforto: avaliar a indicação de antibiótico, quando outras condutas não tiverem efeito e quando a sobrevida tiver uma expectativa de mais de 72 hs

34. Prescrever sedação paliativa se todas as medidas anteriores não apresentar redução da secreção

PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA

35. Avaliar necessidade de terapia de higiene brônquica

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

36. Garantir a administração da medicação prescrita para minimizar a hipersecreção

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quadro 12 - Recomendações para o manejo da HIPERSECREÇÃO em comum para a Fisioterapia e Enfermagem

- 37. Manter o paciente lateralizado se ele estiver extubado
- 38. Avaliar uso da cânula de guedel para queda de língua
- 39. Se o paciente estiver consciente: orientar a expectoração

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Prescrição Geral Interdisciplinar de Assistência Paliativa para HIPERSECREÇÃO

Justificativas:

30. Identificar a causa da hipersecreção: É necessário identificar a causa do aumento da secreção pulmonar para que sejam previstos as recomendações para o tratamento.

31. Posicionar cabeça elevada: O posicionamento é importante para o paciente acamado. A posição sentada aumenta os volumes pulmonares e facilita o trabalho respiratório dos pacientes (MARCUCCI, 2005). É importante adequar o posicionamento da cabeça e da via aérea para facilitar drenagem de secreções, evitando acúmulo e consequente piora do desconforto além de respiração ruidosa (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

32. Aspirar as vias aéreas quando identificado acúmulo de secreção: Justificativa idem ao item 18.

Recomendações para o Manejo da HIPERSECREÇÃO por Especialidade Profissional

Justificativas:

33. Prescrever terapia farmacológica para as causas da hipersecreção como:

- Para diminuir secreção salivar: hioscina ou colírio de atropina: O acometimento neurológico grave implica em dificuldade de deglutar saliva, e isso leva a desconforto por acúmulo de secreções salivares. As medicações anticolinérgicas como a Hioscina e a Atropina são as mais indicadas para reduzir o quadro (BURLÁ, 2002).

- Para infecção respiratória que esteja causando desconforto: avaliar indicação de antibiótico, quando outras condutas não tiverem efeito e quando sobrevida > 72 hs: Pode-se conseguir redução da quantidade de secreções com o uso de antibióticos macrolídeos como eritromicina que diminuem a secreção mediada por macrófagos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

34. Prescrever sedação paliativa se todas as medidas anteriores não apresentarem redução da secreção: Justificativa idem ao item 21.

35. Avaliar necessidade de terapia de higiene brônquica: A cinesioterapia respiratória associada a técnicas de relaxamento, manobras de higiene brônquica, mobilização de membros, realizadas em posturas adequadas, são recursos indicados nos casos de dispneia, hipersecreção, imobilismo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

36. Garantir a administração da medicação prescrita para minimizar a hipersecreção: Na assistência hospitalar, cabe à equipe de enfermagem a tomada de decisão que precede a administração de medicação anteriormente prescrita pelo médico (FONTES; JAQUES, 2007).

Recomendações para o Manejo da HIPERSECREÇÃO em Comum Para a Fisioterapia e Enfermagem
Justificativas:

37. Manter o paciente lateralizado se ele estiver extubado: Como intervenções não farmacológicas, deve-se adequar o posicionamento do doente, tendo uma atenção particular à cabeça, de forma a facilitar a drenagem das secreções, evitando o acúmulo, o desconforto e a respiração ruidosa (SOUSA, 2012; KIRA, 2015).

38. Avaliar o uso da cânula de guedel para queda de língua: As cânulas orofaríngeas de plástico ou borracha têm a função de evitar a queda da língua sobre a parede posterior da faringe e permitir a aspiração. A “Guedel” é a mais empregada. Recomenda-se que deve ser utilizada em pacientes inconscientes e com ausência de reflexo de proteção da via aérea (SZPILMAN, 2015).

39. Se o paciente estiver consciente orientar a expectoração: Utilizar técnicas para adequar o posicionamento da cabeça e da via aérea para facilitar drenagem de secreções, evitando acúmulo e consequente piora do desconforto, e caso ele esteja consciente, estimular que o paciente tente expectorar, o que minimiza as necessidades da aspiração das vias aéreas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva. Considera-se que o objetivo foi alcançado.

O protocolo construído de forma interdisciplinar oportunizará uma condução melhor da abordagem dos sintomas aos pacientes em cuidados paliativos na UTI, propiciando mais segurança para a equipe de saúde, além de servir como referência para a literatura na área.

Além disso, a construção desse protocolo trouxe a aproximação da equipe de UTI para um olhar em conjunto de uma problemática vivenciada a cada dia, resgatando seus pontos fortes e traçando condutas que possam melhorar a assistência ao paciente em cuidados paliativos.

Percebe-se com este estudo, que existem muitas intervenções a serem feitas aos pacientes em cuidados paliativos na fase três da terminalidade. A utilização do protocolo permitirá além da visibilidade das intervenções, a identificação precoce dos sintomas e consequentemente tratamento do paciente.

Julga-se como limitação deste estudo o fato do protocolo contemplar somente a fase três da terminalidade, apesar de ser a que mais acontece o cuidado paliativo, pois os profissionais ainda não têm a clareza de que o paliativismo pode acontecer em todas as fases da assistência intensiva.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 320 p. 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP-Ampliado e atualizado**. 2. ed.

Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho; Henrique Afonseca Parsons. 2012.

ASLAKSON, R. A.; CURTIS, R.; NELSON, J. E. The changing role of palliative care in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 42, n. 11, p. 2418-28, 2014.

BARON, R.; et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)—short version. **GMS German Medical Science**, v. 13, 2015.

BARR, J.; et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 41, p. 263-306, 2013.

BOAS, M. C. V. **Humanização é a base para desatar os nós do cuidar do ser**. Portal da Enfermagem. Disponível em: http://www.portaldafenmagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=26. Acesso em: 11 de nov de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BURLÁ, C. Condutas do INCA/MS. Cuidados paliativos oncológicos - controle de sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002.

COOK, D.; ROCKER, G. Dying with dignity in the intensive care unit. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 26, p. 2506-14, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos do Cremesp. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008. 689 p.

DOYLE, D.; WOODRUFF, R. **The IAHPC Manual of Palliative Care**. International Association for Hospice & Palliative Care. 2. ed. 2008.

FLORENTINO, D. M.; et al. A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 481-487, 2007.

GARCIA, J. B. S.; RODRIGUES, R. F.; LIMA, S. F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 64, n. 4, p. 286-291, 2014.

KHANDELWAL, N.; et al. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 5, p. 1102-1120, 2015.

KIRA, C. M. **Cuidados paliativos controle de sintomas não dor, uma tabela guia**. Programa de Assistência Domiciliária e de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário da USP (PAD-HU/USP). São Paulo. Disponível em: www.paliativo.org.br/dl.php?bid=52. Acesso em: 12 de nov de 2015.

MANFREDINI, L. L. **Tradução e validação da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (esas) em pacientes com câncer avançado**. 2014. 146 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Fundação Pio XII, Hospital do Câncer de Barretos, Barretos. 2014.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MONTEIRO, D. R.; ALMEIDA, M. A.; KRUSE, M. H. L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento edmonton symptom assessment system para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163-171, 2013.

MORETE, M. C.; et al. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 4, p. 373-378, 2014.

MORITZ, R. D. et al. **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.119p.

MORITZ, R. D.; et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

PUNTILLO, K.; et al. Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst--a report from the IPAL-ICU Advisory Board. **Intensive Care Medicine**, v. 40, n. 2, p. 235-48, 2014.

RABELO, M. L.; BORELLA, M. L. L. Role of the pharmacist on the pharmacotherapeutic follow-up for cancer pain control. **Revista Dor**, v. 14, n. 1, p. 58-60, 2013.

SARDENBERG, C. **Sedação Paliativa**. Hospital Albert Einstein – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Documento técnico. 2012.

SCHETTINO, G. P. P.; et al. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n. 33, supl. 2, p. S92-S105, 2007.

SILVA, C. F.; et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, 2013.

SOUSA, A. D. A. Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2012.

SPINELLO, I. M. End-of-Life Care in ICU: A Practical Guide. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 26, n. 5, p. 295-303, 2011.

SUPPORT PRINCIPAL INVESTIGATORS. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. **JAMA**, v. 274, n. 20, p. 1591-8, 1995.

SZPILMAN, D. **Via aérea básica e avançada** - Acesso, permeabilização e cuidados. Hospital Municipal Miguel Couto- Centro de Terapia Intensiva. Disponível em http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Vias_aereas_CTI_2010.pdf . Acesso em: 12 de nov de 2015.

TRENTINI M; PAIM L; SILVA DMG. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto alegre: Ed. Moriá; 2014. 176p.

WADE, R.; BOOTH, S.; WILCOCK, A. The Management of Respiratory Symptoms. In: FAULL, C.; CARTER, Y. H.; DANIELS, L. **Handbook of Palliative Care**. Blackwell Publishing, 2005, p. 188

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A filosofia dos CP é que todos os pacientes com doenças que ameacem a vida recebam precocemente e, de modo integrado, cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares. Estas formas de cuidado não se anulam, e sim, complementam-se no cuidado ao paciente em situações de risco de vida e de sua família, estando esse paciente em situação crônica ou aguda.

Para a construção desta tese foram elaborados três objetivos gerais.

O primeiro objetivo foi comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito. Teve como resultados que os pacientes que morreram na UTI eram mais velhos (idade acima de 60 anos), mais frágeis (escala clínica de fragilidade acima de 5), tinham menor funcionalidade (PPS menor que 60) e permaneceram mais tempo internados nesta unidade (mais de cinco dias) e com falência de múltiplos órgãos. Além disso, a mortalidade foi associada também aos pacientes com doença renal crônica, insulto neurológico agudo não traumático e insuficiência cardíaca congestiva.

O segundo objetivo desta tese foi conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo. Foi um estudo qualitativo descritivo, que utilizou a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial e para a fase de análise dos dados utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas a partir de duas questões norteadoras: O que você entende sobre cuidado paliativo? Como você percebe o cuidado paliativo na UTI? Resultados: Participaram do estudo 37 profissionais (12 enfermeiros; 11 técnicos de enfermagem; cinco fisioterapeutas e nove médicos) da UTI cenário do estudo. Cada pergunta gerou dois discursos do sujeito coletivo com suas respectivas ideias centrais. Esse estudo auxiliou a conhecer a percepção da equipe multidisciplinar da UTI, a fim de que pudesse construir um protocolo de cuidados paliativos voltado às necessidades da mesma.

O terceiro objetivo foi elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva.

Foram utilizados como estratégias, entrevistas semiestruturadas e grupo de discussão. O protocolo elaborado contemplou os cuidados relativos à dor, à dispneia e à hipersecreção, e apresentou recomendações para o manejo de cada cuidado para cada especialidade profissional.

Além disso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que se encontra no capítulo da fundamentação teórica, e que proporcionou embasamento científico para que a pesquisadora iniciasse as entrevistas, pois uma das grandes angústias da equipe multiprofissional que a motivaram a escolher a temática do cuidado paliativo foi acerca das condutas ou intervenções que devem ser realizadas aos pacientes nesta situação. Além disso, a equipe da UTI cenário do estudo apresentou muitos questionamentos acerca da retirada da VM e a forma de conduzir esse processo e a extubação dos pacientes.

Apesar das entrevistas não estarem abordando especificamente esse processo de retirada, os participantes apresentaram várias falas a respeito, o que fez a pesquisadora, a partir dessa revisão integrativa, buscar mais evidências sobre essa temática. Durante as oficinas, apresentou-se as falas dos entrevistados sobre a retirada da ventilação mecânica, justificada pela literatura, onde eles puderam aprimorar a discussão, e posteriormente será elaborado um manuscrito sobre este protocolo de retirada da ventilação mecânica.

Alcançados os objetivos propostos da tese e afirmando as argumentações, os desafios futuros envolvem a apresentação do protocolo construído para toda a equipe de saúde da UTI e validação do protocolo, para que possa se aprimorar ainda mais, e ajustar às necessidades do setor, para em seguida ser implementado na UTI e quiçá possa ser implementado em outras unidades de terapia intensiva.

A partir dos resultados apresentados, pode-se afirmar que foram alcançados os objetivos da tese e que o protocolo de cuidados paliativos para a UTI proporcionará uma assistência interdisciplinar mais segura aos pacientes.

É importante também mencionar, que a escolha da metodologia da PCA propiciou o alcance desses objetivos, visto que ela permite a articulação da teoria com as necessidades da prática, que no presente estudo, responderam a uma problemática existente na UTI que eram as dúvidas sobre as intervenções e cuidados que deveriam ser prestados ao paciente em cuidados paliativos.

Considera-se, que encontrar justificativas científicas para os cuidados presentes no protocolo, constituíram a dificuldade deste estudo, e uma lacuna no conhecimento científico da área.

O benefício desta pesquisa aos pacientes se deu pelo fato de contribuir para melhorar a assistência ao paciente em situação terminal de cuidado paliativo, através do protocolo elaborado coletivamente pela equipe de medicina, de enfermagem e de fisioterapia, gerando maior conforto e qualidade de vida.

Para futuras pesquisas, sugere-se a elaboração de protocolos que possam abranger uma quantidade maior de sintomas dos pacientes internados em UTI e com a inserção de mais categorias profissionais, pois as intervenções e cuidados existentes na literatura, para os sintomas do paciente na fase três da terminalidade, são a nível ambulatorial e em menor proporção a nível hospitalar, e quando se refere à unidade de terapia intensiva pouco também se tem estudado.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AN ZENG, A.; et al. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences**, v. 70, n. 12, p. 1586-1594, 2015.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 320 p. 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP-ampliado e atualizado**. 2. ed. Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho; Henrique Afonseca Parsons. 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Disponível em: http://www.paliativo.org.br/diretorio_resultado.php?dnome=&destado=SC&dcidade=0&button=Buscar. Acesso em 20 de março de 2014.

AÑON, J. M.; et al. Prognosis of elderly patients subjected to mechanical ventilation in the ICU. **Medicina Intensiva**, v. 37, n. 3, p. 149-155, 2013.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 121-129, 2012.

ASLAKSON, R. et al. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: A systematic review of interventions. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, 2014 a.

ASLAKSON, R. A.; CURTIS, J. R.; NELSON, J. E. The changing role of palliative care in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 42, p. 2418–2428, 2014 b.

BAGGS, J. G.; et al. The dying patient in the ICU: role of the interdisciplinary team. **Critical Care Clinics**, n. 20, 2004.

BAGSHAW, S. M.; et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. **CMAJ** 4, v. 182, n. 12, E95-102, 2014.

BAGSHAW, S. M.; et al. Long-term association between frailty and health-related quality of life among survivors of critical illness: A prospective multicenter cohort study. **Critical Care Medicine**, v. 43, p. 973–982, 2015.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis: editora da UFSC, 1994.

BARON, R.; et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)—short version. **GMS German Medical Science**, v. 13, 2015.

BARR, J.; et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 41, p. 263-306, 2013.

BATZLAFF, C. M.; et al. Predicting 1-year mortality rate for patients admitted with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease to an intensive care unit: An opportunity for palliative care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 89, n. 5, p. 638–643, 2014.

BAUSEWEIN C; HIGGINSON I J. Challenges in defining ‘palliative care’ for the purposes of clinical trials. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v. 6, n. 4, p. 471–482, 2012.

BEZERRA, G. K. A. Unidade de Terapia Intensiva – perfil das admissões: hospital regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 491-496, 2012.

BINGOLD, T. M.; et al. Individual organ failure and concomitant risk of mortality differs according to the type of admission to ICU – A retrospective study of SOFA score of 23,795 Patients. **PLOS ONE**, 2015.

BOAS, M. C. V. **Humanização é a base para desatar os nós do cuidar do ser**. Portal da Enfermagem. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=26. Acesso em: 11 de nov de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Resolução CFM nº 1.805/2006. **Dispõe sobre critérios para a prática da ortotanásia**. [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em 8 de junho de 2014.

BRASIL. Resolução CFM nº 1.995/2012: **Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes** [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em 08 de jun de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 08 de jan de 2016.

BRUGGEMAN, A.; et al. Lack of documentation of evidence-based prognostication in cancer patients by inpatient palliative care consultants. **Journal of Palliative Medicine**, v. 18, n. 4, 2015.

BURLÁ, C. Condutas do INCA/MS. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002.

CALDEIRA, V. M. H.; et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 528-34, 2010.

CAMHI, S.L.; MERCADO, A.F.; MORRISON, R.S. et al. **Crit Care Med**, v. 37, n.3, p.919–925, 2009.

CARDOSO, D. H.; et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1134-41, 2013.

CARDOSO, S. V. **Os dilemas da equipe multidisciplinar na UTI**. Sociedade Paulista de Terapia Intensiva. Disponível em: http://www.sopati.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=207. Acesso em: 08 de jan de 2016.

CARLUCCI, A.; GUERRIERI, A.; NAVA, S. Palliative care in COPD patients: is it only an end-of-life issue? **European Respiratory Review**, v. 21, p. 347–354, 2012.

CHEUNG, W et al. Palliative care teams in the intensive care unit: a randomised, controlled, feasibility study. **Critical Care and Resuscitation**, v.12, n.1, 2010.

CHUNG, G. S.; et al. US Physicians' Opinions about distinctions between withdrawing and withholding life-sustaining treatment. **Journal of Religion and Health**, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em : <http://cep.ufsc.br/files/2010/06/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 de jan de 2016.

COOK, D.; ROCKER, G. Dying with dignity in the intensive care unit. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 26, p. 2506-14, 2014.

COOKE, C. R.; et al. Predictors of time to death after terminal withdrawal of mechanical ventilation in the ICU. **Chest**, v. 138, n. 2, p. 289-97, 2010.

COX, C. E.; et al. Providing palliative care for patients receiving mechanical ventilation in an intensive care unit Part 2: Withdrawing ventilation. **Progress in Palliative Care**, v. 13, n. 3, p. 133-7, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos do Cremesp. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008. 689 p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURTIS, J. R. Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. **Respiratory Care**, v. 53, n. 4, 2008.

CURTIS, J. R.; et al. Integrating palliative and critical care evaluation of a quality-improvement intervention. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 178, p. 269–275, 2008.

DA SILVA GANE, M.; et al. How hobust is the 'Surprise Question' in predicting short-term mortality risk in haemodialysis patients. **Nephron Clinical Practice**, v. 12, p. 185-193, 2013.

DE FABRIS, E.; et al. Perspectiva bioética da sedação e analgesia de pacientes em fim de vida: um estudo em hospital universitário. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v.8, n.3, p. 251-261, 2014.

DE KOCK, I.; et al. Conversion of karnofsky performance status (KPS) and eastern cooperative oncology group performance status (ECOG) to palliative performance scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. **Journal of Palliative Care**, v. 29, n. 3, p. 163-9, 2013.

DE OLIVEIRA, Débora Aparecida Lentini. Práticas clínicas baseadas em evidências. Especialização em saúde da família. UNA-SUS/UNIFESP. [ca. 2013]

DI PASQUALE, M.; et al. Impact of chronic liver disease in intensive care unit acquired pneumonia: a prospective study. **Intensive Care Medicine**, v. 39, p. 1776–1784, 2013.

DOYLE, D.; WOODRUFF, R. **The IAHPC Manual of Palliative Care**. International Association for Hospice & Palliative Care. 2. ed. 2008.

EPKER, J. L.; BAKKER, J.; KOMPANJE, E. J. The use of opioids and sedatives and time until death after withdrawing mechanical ventilation and vasoactive drugs in a dutch intensive care unit. **Anesthesia & Analgesia Journal**, v. 112, n. 3, p. 628-34, 2011.

FASSIER, T.; et al. Elderly patients hospitalized in the ICU in France: a population-based study using secondary data from the national hospital discharge database. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 2015.

FILHO, R. C. C; et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008.

FISHER, C.; et al. Predicting intensive care and hospital outcome with the Dalhousie clinical frailty scale: a pilot assessment. **Anaesth Intensive Care**, v. 43, n. 3, 2015.

FLORENTINO, D. M.; et al. A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, 2012.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 481-487, 2007.

FRONTERA, J. A.; et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients: A report from the improving palliative care in the ICU project advisory board and the center to advance palliative care. **Critical Care Medicine**, v. 43, p.1964–1977, 2015.

FROSSARD, A. **A interdisciplinaridade e os Cuidados Paliativos**. Simpósio internacional sobre interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão – Região Sul. Disponível em:

(<http://www.siepe.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/10/E-Frossard.pdf>). Acesso em 23 de mar de 2014.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Nursing and Health**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 1987.

GARCIA, J. B. S.; RODRIGUES, R. F.; LIMA, S. F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 64, n. 4, p. 286-291, 2014.

GOIXART, L. S.; et al. Factores de riesgo de deterioro de calidad de vida en pacientes traumáticos críticos. Valoración a los 6 y 12 meses del alta de la unidad de cuidados intensivos. **Medicina Intensiva**, v. 38. n. 1, p. 1-10, 2014.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**: Revised 2014. Disponível em: <http://www.goldcopd.org>, acesso em: 6 de janeiro de 2016.

GRANT, M. Resolving communication challenges in the intensive care unit. **AACN Advanced Critical Care**, v. 26, n. 2, p. 123-130, 2015.

GREENER, D. T.; et al. Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 10, 2014.

HANSEN, L.; et al. Life-sustaining treatment decisions in the ICU for patients with ESLD: A prospective investigation. **Research in Nursing & Health**, v. 35, n. 5, p. 518-532, 2012.

HARROLD, J.; et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? **Journal of Palliative Medicine**, v. 8, n. 3, p. 503-9, 2005.

HEYLAND, D.; et al. The very elderly admitted to ICU: A quality finish? **Critical Care Medicine**, v. 48, p. 1352-1360, 2015.

HISSA, P. N. G.; HISSA, M. R.N.; ARAÚJO, P. S. R. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.11, n.1, p. 21-6, 2013.

HO, K. M.; et al. Using patient admission characteristics alone to predict mortality of critically ill patients: A comparison of 3 prognostic scores. **Journal of Critical Care**, v. 31, p. 21-25, 2016.

HORTIGUELA-MARTINA, V. A.; et al. Mortalidad tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos y factores pronosticos relacionados en una cohorte de pacientes criticos con disfuncion multiorganica. **Medicina Clínica**, v. 140, n. 11, p. 479–486, 2013.

HSU-KIM, C. et al. Integrating palliative care into critical care: A quality improvement study. **Journal of Intensive Care Medicine**, 2014.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Serviço de Terapia Intensiva**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/uti/>>. Acesso em: 18 de set de 2011.

HUA, M.; Wunsch H. Integrating palliative care in the ICU. **Current Opinion in Critical Care**, v. 20, p. 673–680, 2014.

HUYNH, T. N.; et al. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 11, p. 1368-74, 2013.

IZUMI, S. S.; et al. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 5, p. 608–618, 2012.

JANG BY, R. W.; et al. Simple prognostic model for patients with advanced cancer based on performance status. **Journal of Oncology Practice**, v. 10, n. 5, 2014.

JENSEN, H. I.; AMMENTORP, J., ØRDING, H. Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. **Heart, Lung and Vessels**, v. 5, n. 3, p. 158-167, 2013.

JUNIOR, J. M. S.; et al. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 1, p. 20-31, 2010.

KHANDELWAL, N.; et al. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 5, p. 1102-1120, 2015.

KHOULI, H.; et al. Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. **Critical Care Medicine**, v. 39, p. 731-737, 2011.

KIRA, C. M. **Cuidados paliativos controle de sintomas não dor, uma tabela guia**. Programa de assistência domiciliária e de cuidados paliativos do hospital universitário da USP (PAD-HU/USP). São Paulo. Disponível em: www.paliativo.org.br/dl.php?bid=52. Acesso em: 12 de nov de 2015.

KOMPANJE, E. J.; VAN DER HOVEN, B.; BAKKER, J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. **Intensive Care Medicine**, v. 34, p. 1593-9, 2008.

KONCICK, H.; SCHERER, J. Integrated palliative care for management of elderly patients with advanced chronic kidney disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 49, n. 2, 2015.

KRETZER, L. P. **Cuidados paliativos – identificação e controle dos sintomas**. In: _____.; MORITZ, R. D. (organizadora). Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 19-28.

KRIMSHEIN, N. S.; et al. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: An intervention. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 12, 2011.

LACERDA, A. B. M.; et al. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiology - Communication Research**, v. 18, n. 2, 2013.

LANKEN, P. N.; et al. An official american thoracic society clinical policy statement: Palliative care for patients with respiratory diseases

and critical illnesses. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 177. p 912–927, 2008.

LAU, F.; et al. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 37, n. 6, p. 965-72, 2009.

LE GUEN, M. P.; TOBIN, A. E.; REID, D. Intensive care unit admission in patients following rapid response team activation: call factors, patient characteristics and hospital outcomes. **Anaesthesia Intensive Care**, v. 43, n. 2, 2015.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Liber Livro, 2012.

LUCE, J. M. Withholding and withdrawal of life support: ethical, legal, and clinical aspects. **New Horizon**, v. 5, n. 1, p. 30-7, 1997.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

LYNGAAS, T.; et al. Intensive care at the end of life in patients dying due to non-cancer chronic diseases versus cancer: a nationwide study in Denmark. **Critical Care**, v. 19, p. 413, 2015.

MACINTYRE, N. R. Chronic critical illness: The growing challenge to health care. **Respiratory Care**, v. 57, n. 6, p. 1021–1027, 2012.

MANFREDINI, L. L. **Tradução e validação da escala de avaliação de sintomas de Edmonton (esas) em pacientes com câncer avançado**. 2014. 146 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Fundação Pio XII, Hospital do Câncer de Barretos, Barretos. 2014.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MAZER, M. A.; ALLIGOOD, C. M.; WU, Q. The infusion of opioids during terminal withdrawal of mechanical ventilation in the medical intensive care unit. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 42, n. 1, p. 44-51, 2011.

McDERMID, R. C.; STELFOX, H. T.; BAGSHAW, S. M. Frailty in the critically ill: a novel concept. **Journal of Critical Care**, v. 14, p. 301, 2011.

McLEAN, R. F.; et al. Death in two Canadian intensive care units: institutional difference and changes over time. **Critical Care Medicine**, v. 28, n. 1, p. 100-3, 2000.

MECHELEN, W. V.; et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 9, p. 197–208, 2013.

MENEGÓCIO, A. M.; RODRIGUES, L.; SILVA, S. R. Cuidados Paliativos em unidade de terapia intensiva: quando iniciá-los. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**. v. 4, n.7, p.163-174, 2010.

MINNE, L.; et al. Prognostic models for predicting mortality in elderly ICU patients: a systematic review. **Intensive Care Medicine**, v. 37, p. 1258–1268, 2011.

MONTEIRO, D. R.; ALMEIDA, M. A.; KRUSE, M. H. L. Tradução e adaptação transcultural do instrumento edmonton symptom assessment system para uso em cuidados paliativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 163-171, 2013.

MORAES, Renan S.; FONSECA, M. L. F.; LEONI, C. B. R. Mortalidade em UTI, fatores associados e avaliação do estado funcional após a alta hospitalar. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 17, n. 2, p. 80-4, 2005.

MORETE, M. C.; et al. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 4, p. 373-378, 2014.

MORITZ, R. D.; et al. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar suspender um tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 13, n. 1, p. 21-8, 2001.

MORITZ, R. D.; et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

MORITZ, R. D.; et al. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 125-132, 2010.

MORITZ, R. D.; et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1, p. 24-29, 2011 a.

MORITZ, R. D. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Câmara técnica sobre a terminalidade da vida e cuidados paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2011 b.

MORITZ, R.D.; ROSSINI, J. P.; DEICAS, A. **Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais**. In: ____.; MORITZ, Rachel Duarte (organizadora). Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 19-28.

MORONI, M.; et al. The ‘surprise’ question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 7, p. 959-964, 2014.

MYERS, J.; et al. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. **Support Care Cancer**, v. 23, p. 913-918, 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, supl. 1, S1-266, 2002.

NELSON, J. E.; et al. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. **Quality & Safety in Health Care**, v. 15, p. 264-271, 2006.

NELSON, J.E et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). **Critical Care Medicine**. v. 38, n. 9, p.1765–1772, 2010.

NELSON, J. E.; et al. Palliative care in the ICU. *Journal of Palliative Medicine*; v. 15, n. 2, 2012.

NELSON, J. E.; et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: A Report from the improving palliative care in the ICU (IPAL-ICU) advisory board. **Critical Care Medicine**, v. 41, n.10, p. 2318–2327, 2013 a.

NELSON, J. E.; et al. **Implementing ICU Screening Criteria for Unmet Palliative Care Needs: A Guide for ICU and Palliative Care Staff**. A technical assistance monograph from The IPAL-ICU Project. New York: Center to Advance Palliative Care; 2013 b. Disponível em: <http://www.capc.org/ipal-icu>.

NELSON, J. E.; et al. Integration of palliative care in the context of rapid response: a report from the Improving Palliative Care in the ICU advisory board. **Chest**, v. 147, n. 2, p. 560-9, 2015.

NETO, A. S.; et al. Feasibility of transitioning from APACHE II to SAPS III as prognostic model in a Brazilian general intensive care unit. A retrospective study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 3, p. 199-205, 2015.

NORTON, S. A.; et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high risk patients. **Critical Care Medicine**, v. 35, n. 6, p. 1530-5, 2007.

O'MAHONY, S. et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. **Palliative Medicine**, v.24, n. 2, 2010.

OLIVEIRA, A. B. F.; et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2010.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2010.

PINTADO, M. C.; et al. Mortality and functional status at one-year of follow-up in elderly patients with prolonged ICU stay. **Medicina Intensiva**, v. 38. n. 1, p. 1-10, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POUPART, J.; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

PSIRIDES, A. J.; STURLAND, S. Withdrawal of active treatment in intensive care: what is stopped - comparison between belief and practice. **Critical Care & Resuscitation Journal**, v. 11, n. 3, p. 210-4, 2009.

PUNTILLO, K.; et al. Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst--a report from the IPAL-ICU Advisory Board. **Intensive Care Medicine**, v. 40, n. 2, p. 235-48, 2014.

RABELO, M. L.; BORELLA, M. L. L. Role of the pharmacist on the pharmacotherapeutic follow-up for cancer pain control. **Revista Dor**, v. 14, n. 1, p. 58-60, 2013.

RÉA-NETO, A.; et al. **GUTIS - Guia da UTI Segura**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB. 2010.

REINES, H. D. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. **Critical Care Medicine**, v. 20, n. 3, p. 320-6, 1992.

ROCKER, G. M.; et al. Canadian nurses' and respiratory therapists' perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit. **Journal of Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 59-65, 2005.

RUBENNFELD, G. D. Principles and practice of withdrawing life-sustaining treatments. **Critical Care Clinics**, v. 20, p. 435-451, 2004.

SAFT, H. L.; et al. Impact of critical care medicine training programs: Palliative care education and bedside tools on ICU- use at the end of life. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 6, n. 1, 2014.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, S. S. C.; et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistêmica**, v. 5, p. 3-22, 2007.

SÃO PAULO. Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. **Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências**. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

SARDENBERG, C. **Sedação Paliativa**. Hospital Albert Einstein – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Documento técnico. 2012.

SCARPI, E.; et al. Survival prediction for terminally ill cancer patients: Revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. **The Oncologist**, v. 16, p. 1793–1799, 2011.

SCHETTINO, G. P. P.; et al. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, n. 33, supl. 2, p. S92-S105, 2007.

SEAN, M.; BAGSHAW, S. M.; MCDERMID R. C. The role of frailty in outcomes from critical illness. **Current Opinion in Critical Care**, v. 19, p. 496–503, 2013.

SEOW, H.; et al. The association of the palliative performance scale and hazard of death in an ambulatory cancer population. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 2, p. 156-62, 2013.

SILVA, C. F.; et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2597-2604, 2013.

SILVA, K. C.O.; QUINTANA, A. M.; NIETSCH. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 697-703, 2012.

SILVA, M. M.; LIMA, L. S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 14-9, 2014.

SMEDIRA, N. G.; et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. **New England Journal of Medicine**, v. 322, n. 5, p. 309-15, 1990.

SOUSA, A. D. A. Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2012.

SPINELLO, I. M. End-of-Life Care in ICU: A Practical Guide. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 26, n. 5, p. 295-303, 2011.

SUPPORT PRINCIPAL INVESTIGATORS. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). The SUPPORT principal investigators. **JAMA**, v. 274, n. 20, p. 1591-8, 1995.

SZALADOS, J. E. Discontinuation of mechanical ventilation at end-of-life: the ethical and legal boundaries of physician conduct in termination of life support. **Critical Care Clinics**, v. 23, n. 2, p. 317-37, 2007.

SZPILMAN, D. **Via aérea básica e avançada** - Acesso, Permeabilização e Cuidados. Hospital Municipal Miguel Couto- Centro de Terapia Intensiva. Disponível em http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Vias_aereas_CTI_2010.pdf. Acesso em: 12 de nov de 2015.

TARIQ, S.; WOODMAN, J. Using mixed methods in health research. **Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports**, v. 4, n. 6, p. 1-8, 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI M; PAIM L; SILVA DMG. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Moriá; 2014. 176p.

TRUOG, R. D.; et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 3, p. 953–963, 2008.

VARGAS, M. A. O.; et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 637-45, 2013.

VILLARREAL, D. et al. A model for increasing palliative care in the intensive care unit: Enhancing interprofessional consultation rates and communication. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 42, n. 5, 2011.

WADE, R.; BOOTH, S.; WILCOCK, A. The management of respiratory symptoms. In: FAULL, C.; CARTER, Y. H.; DANIELS, L. **Handbook of Palliative Care**. Blackwell Publishing, 2005, p. 188

WENG, L. C.; et al. Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 37, n. 4, p. 642-48, 2009.

WESSMAN, B. T.; SONA, C.; SCHALLOM, M. Improving caregivers' perceptions regarding patient goals of care/end-of-life issues for the multidisciplinary critical care team. **Journal of Intensive Care Medicine**, 2015.

WIEDERMANN, C. J.; LEHNER, G. F.; JOANNIDIS, M. From persistence to palliation: limiting active treatment in the ICU. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, v. 18, n. 6, p. 693–699, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Better palliative care for older people. Geneva: **WHO**; 2004.

WISDOM, J.P. et al. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. **Health Services Research**, Chicago (US), v. 47, n. 2, p. 721–745, 2012.

WOELK, C; HARLOS, M. **Guideline for estimating length of survival in palliative patients**. Disponível em: <http://palliative.info/teaching_material/Prognosis.pdf>. Acesso em 05 de mar de 2014.

YOU, J. J.; FOWLER, R. A.; HEYLAND, D. K. Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. **Canadian Medical Association Journal**, v. 186, n. 6, 2014.

ZENG, A.; et al. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 12, p. 1586–1594, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Checklist dos critérios de elegibilidade para avaliação paliativista em UTI



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO

Nome Paciente: _____ Leito: _____
Número Prontoário: ____ Idade: ____ Gênero: () Masculino () Feminino
TCLE: _____
Data de Internação: ____/____/____ Internação na UTI: ____/____/____
Alta da UTI: ____/____/____ Alta do Hospital: ____/____/____
Óbito: ____/____/____ Procedência: _____
Doença Admissão UTI: _____
Doença de base: _____
SAPS: _____

CRITÉRIOS RELACIONADOS À FUNCIONALIDADE PRÉVIA DO PACIENTE	
(PPS \leq 60)	
CRITÉRIOS RELACIONADOS À DOENÇA DE BASE	
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave (classes II-IV) com pelo menos um dos critérios: insuficiência renal (creatinina >1.4), PAS <100 , FC >100 , FE $<45\%$, Na <135 mEq/l, Anemia, arritmias ventriculares resistentes a tratamento, perda funcional, comorbidades, hospitalização recente por causa cardíaca	
DPOC severa com VEF1 $< 30\%$ e/ou duas ou mais hospitalizações no último ano por exacerbação da doença ou 2 dos critérios a seguir: caquexia, piora funcional / dependência para autocuidados, IVE, dependência de O2, idade maior que 70 anos	
Doença hepática crônica com Child-Pugh C ou MELD >30 ou causa da internação por sepse grave ou choque séptico	

Insuficiência renal crônica com pelo menos 2 dos critérios = Dependência total para transferência, IMC<18,5Kg/m ² , comorbidades (ICC/ Arritmia/ Neoplasia), diálise não programada	
Doença Alzheimer/Vascular Cerebral com dependência funcional e dificuldade de alimentação	
Presença de neoplasia maligna em estágio avançado - Neoplasia maligna com T igual a IV e/ou presença de metástase, causa da internação por sepse / insuficiência respiratória.	
Insulto neurológico agudo não traumático - encefalopatia pós-parada cardiorrespiratória (PCR), ou acidente vascular encefálico (AVE) requerendo ventilação mecânica.	
HIV/AIDS - diagnóstico de AIDS com sepse ou insuficiência respiratória necessitando de assistência ventilatória invasiva.	
CRITÉRIOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO/EVOLUÇÃO NA UTI	
Idade \geq 80 anos	
Pelo menos um episódio de Delírium na UTI	
Internação hospitalar frequente	
Mais de uma admissão na UTI na mesma internação hospitalar	
Tempo de UTI maior ou igual a 5 dias	
Necessidade de Traqueostomia	
Necessidade de Diálise na UTI	
Falência de ≥ 2 órgão por ≥ 5 dias (doença aguda)	
Fragilidade de UTI	
OUTROS CRITÉRIOS	
Ordem para não ressuscitar	
Decisão prévia por tratamento paliativo	
Falta de suporte social: abandono, paciente sozinho ou asilado	
Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos seis meses?	

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Familiares

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA
CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
FAMILIARES**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de doutorado intitulada “PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA O CONTROLE DA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO EM PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, que atenderá a Resolução CNS n. 466/12, que fará perguntas sobre o estado de saúde do seu familiar 30 dias antes da internação e autorizar o acesso aos dados do prontuário do mesmo quando internados na UTI do HU, tendo como OBJETIVOS: 1.Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito; 2.Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo; 3.Elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva; e QUESTÕES NORTEADORAS: Como está caracterizado o paciente em cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva? Qual a percepção dos profissionais acerca do cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva e que intervenções são necessárias para compor um protocolo assistencial interdisciplinar específico ao pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva? Ou seja, pretende-se construir um protocolo, que é um tipo de norma e procedimento onde irá conter os cuidados dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas para os pacientes da fase três da terminalidade, que estiverem internados na UTI do HU, para que estes

cuidados possam ser melhores prestados a estes pacientes de forma mais organizada, gerando maior conforto e qualidade de vida.

Serão previamente marcados a data e horário para fazer as perguntas sobre o estado de saúde prévio do seu familiar e a autorização para o acesso ao prontuário, utilizando este termo de consentimento livre e esclarecido e uma tabela de pontuação sobre o estado de saúde prévio com a funcionalidade do paciente para as atividades diárias. Estas perguntas serão realizadas em uma sala de aula da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da UFSC. Não é obrigatório responder a todas as perguntas e autorizar a inclusão do seu familiar na pesquisa.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por envolver apenas a autorização para coleta de informações nos prontuários e registros do paciente e dados do estado de saúde do seu familiar 30 dias antes da internação. Caso aceite em participar, estará contribuindo para a construção de um protocolo de cuidado interdisciplinar ao paciente em cuidados paliativos. Mas, caso em algum momento sentir algum desconforto ou constrangimento relacionado a sua participação, o pesquisador se compromete a fornecer o suporte emocional, encaminhando o sr(a) ao serviço de psicologia do Hospital Universitário da UFSC, e prestando informações adicionais sobre a pesquisa.

A sua identidade e a do seu familiar será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão o de possibilitar que se conheçam dados como sexo, idade, tempo de internação, sintomas apresentados, diagnóstico da doença, nível de funcionalidade para as atividades diárias do paciente entre outros, dos pacientes em situação de cuidados paliativos internados na UTI do HU/UFSC, para que se possa construir o protocolo de cuidados paliativos a partir das necessidades reais dos pacientes em curto prazo e que este protocolo possa ser aprimorado a longo prazo, depois de ser iniciada sua utilização.

Informamos também que o sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores: aluna de doutorado (Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini), fisioterapeuta da UTI/HU/UFSC, *e-mail* julianagulini75@gmail.com ou pelo celular (48-84144720), e a professora responsável, orientadora, Profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, *e-mail* pongopam@terra.com.br, ou pelo celular (48-91051202).

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento, podendo fazer qualquer pergunta para sua completa compreensão sobre o que será autorizado e coletado. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Solicitamos a sua autorização para o uso dos seus dados e de seu familiar para a produção de artigos técnicos e publicação em periódicos científicos e apresentação em eventos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome nem a do seu familiar. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sr(a).

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: _____

NÚMERO DO TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –
CEPSH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – *e-mail*:
cepsh.reitoria@udesc.br; Florianópolis – SC, CEP: 88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito e do meu familiar serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo serão feitas perguntas a mim e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -
Profissionais



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA
CATARINA - UDESC
GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
PROFISSIONAIS**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de doutorado intitulada “PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA O CONTROLE DA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO EM PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, que atenderá a Resolução CNS n. 466/12, que fará primeiramente uma entrevista individual (responder informações sobre a percepção sobre o cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva e qual terapia indicaria para três sintomas na fase 3 da terminalidade), e num segundo momento, oficinas em grupo compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas onde será ampliada a discussão sobre o tema. Tanto as entrevistas quanto as oficinas utilizarão como forma de armazenamento dos dados o gravador, tendo como OBJETIVOS: 1.Comparar as características clínicas demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva com aqueles que receberam alta hospitalar; comparar os fatores prognósticos relacionados à admissão do paciente, doenças de base e evolução clínica com o desfecho óbito; analisar os fatores prognósticos mais fortemente associados ao desfecho óbito; 2.Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do cuidado paliativo; 3.Elaborar um protocolo interdisciplinar para o controle da dor, dispneia e hipersecreção em pacientes sob cuidado paliativo, na fase três da terminalidade, em unidade de terapia intensiva; e QUESTÕES NORTEADORAS: Como está caracterizado o paciente em cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva? Qual a percepção dos profissionais acerca do cuidado paliativo na Unidade de Terapia Intensiva e que intervenções são necessárias para compor um protocolo assistencial interdisciplinar

específico ao pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva? Serão previamente marcados a data e horário para fazer as entrevistas e as oficinas de grupo, utilizando um roteiro de entrevistas e posteriormente nas oficinas uma conversa gravada em grupo onde será construído coletivamente o protocolo de cuidados paliativos. Estas entrevistas e oficinas serão realizadas em uma sala de aula da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da UFSC. Não é obrigatório participar das entrevistas e de todas as oficinas de grupo.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, por envolver apenas entrevistas e oficinas em grupo, que são um tipo de conversa em grupo gravadas. Caso aceite participar, estará contribuindo para a construção de um protocolo de cuidado interdisciplinar ao paciente em cuidados paliativos. Mas caso em algum momento sentir algum desconforto ou constrangimento relacionado à sua participação, o pesquisador compromete-se a fornecer o suporte emocional, encaminhando o sr(a) ao serviço de psicologia do Hospital Universitário da UFSC, e prestando informações adicionais sobre a pesquisa.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão o de auxiliar na construção de um protocolo assistencial em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Em curto prazo será útil para atender as necessidades reais dos pacientes e, a longo prazo, este protocolo pode ser aprimorado depois de ser iniciada sua utilização.

Informamos também que o sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores: aluna de doutorado (Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini), fisioterapeuta da UTI/HU/UFSC, *e-mail* julianagulini75@gmail.com ou pelo celular (48-84144720), e a professor responsável, orientadora, Profa. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, *e-mail* pongopam@terra.com.br, ou pelo celular (48-91051202).

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento, podendo fazer qualquer pergunta para sua completa compreensão sobre o que será autorizado e coletado. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Solicitamos a sua autorização para o uso dos seus dados para a produção de artigos técnicos e publicação em periódicos científicos e apresentação em eventos. A sua privacidade será mantida através da não

identificação do seu nome. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sr(a).

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: _____

NÚMERO DO TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –
CEPSH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – *e-mail*:
cepsh.reitoria@udesc.br; Florianópolis – SC, CEP: 88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo participarei de entrevistas e oficinas de grupo e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____.

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista acerca do cuidado paliativo



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE O CUIDADO PALIATIVO

Data: / /

Nº da Entrevista:

DADOS DO SUJEITO

Idade:

Nível de formação: () Especialização ()

Graduação

() Mestrado () Ensino

Médio

() Doutorado

Categoria Profissional de atuação neste setor:

☐ Fisioterapeuta

☐ Enfermeiro(a)

☐ Téc. Enfermagem

☐ Médico (a)

5- Diante de um paciente na fase 3 da terminalidade fale quais condutas/terapêuticas você indicaria para os sintomas dor, dispneia e hipersecreção?

FASE 3 - condição clínica na qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares. **(Morte prevista para horas ou dias).**

APÊNDICE E - Consentimento para gravações

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem

CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES

Permito que seja realizada gravação de áudio de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA O CONTROLE DA DOR, DISPNEIA E HIPERSECREÇÃO EM PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou voz em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de ____ de ____
Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de um protocolo de cuidado paliativo em Unidade de Terapia Intensiva: uma abordagem interdisciplinar

Pesquisador: ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36643714.1.0000.0118

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 959.555

Data da Relatoria: 10/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com foco em cuidado paliativo associado ao cuidado curativo para pacientes internados na UTI em estágio três de terminalidade. Pesquisa do tipo Convergente-Assistencial, utilizando as abordagens qualitativa e quantitativa. Para os aspectos qualitativos serão utilizados entrevistas semi-estruturadas e oficinas de grupo e para os quantitativos utilizar-se-á um formulário para registro do perfil dos pacientes em cuidados paliativos, incluindo a identificação do nível de funcionalidade e um instrumento para validação do protocolo após sua construção.

O local do estudo será a UTI adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) com pacientes em estado terminal para cuidados paliativos. Define os participantes do estudo como: prontuários, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Justifica a escolha dos mesmos pelo fato da pesquisa ser voltada para os sintomas como dor, dispnéia, hipersecreção na UTI, e essas três profissões terem atuações sobre eles. As entrevistas serão registradas através do uso de um gravador e anotações referente às características dos participantes. Pesquisadora descreve o local onde as mesmas irão ocorrer e afirma a validação das mesmas pelos participantes da pesquisa.

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 959.555

Informa a realização de oficinas com os profissionais médicos, de enfermagem e fisioterapeutas, que participaram, de preferência, da primeira etapa, com o objetivo de ampliar a discussão sobre o tema e a construção do protocolo. Estão previsto no mínimo três encontros com grupos de profissionais dos turnos matutino, vespertino e noturno. A duração de cada encontro está prevista para uma hora. Para os três encontros deverão estar presentes representantes das três categorias profissionais.

No desenvolvimento da parte quantitativa, apresenta as variáveis e a escala que irá utilizar para avaliar como o paciente estava antes dos 30 dias de internação. A partir das entrevistas, oficinas e com base nas diretrizes propostas pelos Guidelines de Cuidados Paliativos será elaborado o protocolo. Após a construção do protocolo de cuidado interdisciplinar ao paciente em cuidado paliativo, o mesmo será encaminhado para validação por experts na área, podendo ser avaliado através do instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) que foi desenvolvido para tratar da variabilidade da qualidade de uma Norma de Orientação Clínica (NOC).

Trata-se de um projeto de doutorado do Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Pesquisa de financiamento próprio. Início da coleta dos dados em março de 2015 e término em junho de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Desenvolver coletivamente um protocolo de cuidado interdisciplinar ao paciente em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva para a fase 3 da terminalidade.

Objetivo secundário:

- 1 Identificar o perfil clínico-demográfico e o desfecho dos pacientes em cuidados paliativos na UTI na fase 3 de terminalidade;
- 2 Identificar nível de funcionalidade que o paciente apresentava 30 dias antes da internação na UTI;
- 3 Conhecer a percepção da equipe de saúde sobre o cuidado paliativo em UTI;
- 4 Desenvolver estratégias para a construção coletiva de um protocolo de cuidado interdisciplinar ao paciente em cuidados paliativos em UTI;

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 959.555

5 Validar o protocolo construído.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme consta no projeto e no TCLE o grau de risco é mínimo. Para os familiares pode haver um certo desconforto em responder sobre o nível de funcionalidade do seu parente internado, devido ao confronto com a realidade. Caso haja este desconforto, o participante será encaminhado a um serviço especializado que possa prestar suporte emocional. Quanto aos profissionais, os riscos podem ser em relação ao sentimento de não estarem preparados para falar sobre o tema, cuidado paliativo, mas caso isto ocorra será fornecido todas as informações/suportes necessários.

Os benefícios aos indivíduos da pesquisa será de forma indireta

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de cunho científico de extrema importância tanto no âmbito acadêmico como no assistencial em saúde. O projeto é adequadamente apresentado e atende às resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O texto é claro, objetivo e inclui informações necessárias para sua apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto preenchida e assinada;

Constam TCLE para familiares e profissionais;

Apresenta Declaração do Diretor do Hospital Universitário;

Roteiro de entrevistas;

Incluído Consentimento Para Fotografias, Vídeos e Gravações;

Incluído Declaração de Ciência e Concordância do Fiel Guardião dos prontuários devidamente assinado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram devidamente respondidas:

PENDÊNCIA 1: Deixou claro nos termos e projeto de pesquisa que o participante poderá desistir em qualquer momento da pesquisa.

PENDÊNCIA 2: Foi retirado a solicitação de registro do participante;

PENDÊNCIA 3: Foi incluído o nome da doutoranda como membro assistente na Plataforma Brasil;

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 959.555

PENDÊNCIA 4: Justificado a necessidade do familiar/responsável assinar o TCLE;

PENDÊNCIA 5: Foi detalhado qual o serviço psicológico que o participante será encaminhado em caso de mobilizar algum tipo de sentimento no TCLE;

PENDÊNCIA 6: Foi incluído o Consentimento Para Fotografias, Vídeos e Gravações;

PENDÊNCIA 7: Foi incluído a Declaração de Ciência e Concordância do Fiel Guardião dos prontuários devidamente assinada;

PENDÊNCIA 8: Incluiu o endereço do Comitê de Ética da UDESC no TCLE dos familiares e profissionais;

PENDÊNCIA 9: Incluiu a logo da UDESC no TCLE dos familiares e profissionais;

PENDÊNCIA 10: Alterou a escrita do TCLE aos familiares, atendendo a resolução 466/12;

PENDÊNCIA 11: Corrigiu o cronograma no projeto básico.

Projeto Apto à Aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEP SH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEP SH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEP SH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEP SH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-8195

Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 959.555

FLORIANOPOLIS, 23 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Luciana Dornbusch Lopes
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3321-8195


Fax: (48)3321-8195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

ANEXO B - Palliative Performance Scale (PPS)

Tabela 4 – Escala de <i>performance</i> paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

ANEXO C - Declaração de ciência e concordância do fiel guardião dos prontuários do HU

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA GABINETE DO REITOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEP SH	

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO FIEL GUARDIÃO

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o fiel guardião, de acordo com as atribuições legais, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento nos termos propostos do projeto de pesquisa intitulado "CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO PALIATIVO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR", lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução CONEP/CNS 466/2012 e suas complementares, em especial, sobre o acesso a banco de dados e/ou prontuários de pacientes e/ou participantes da pesquisa.

Florianópolis, 24 novembro 2014.


 Ass: Pesquisador Responsável


 Ass:
 Nome: Dra. Cristina da Silva Schreiber de Oliveira
 Inscrição Profissional: CRM-SC 10134 / RQE 8097
 Cargo: Chefe da Comissão de Revisão de Prontuários do HU
 Instituição: Hospital Universitário – HU/UFSC
 Número de Telefone: 3721 9140

ANEXO D - Escala clínica de fragilidade – *Clinical Frailty Scale*

Score	Frailty grade	Description
1	Very fit	People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
2	Well	People who have no active disease symptoms but are less fit than those of category 1. Often, they exercise or are very active occasionally (that is, seasonally).
3	Managing well	People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routinely walking.
4	Vulnerable	While not dependent on other for daily help, symptoms often limit activities. A common complaint is being slowed up, and/or being tired during the day.
5	Mildly frail	These people often have more evident slowing, and need help in high-order independent activities of daily living (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
6	Moderately frail	People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
7	Severely frail	Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months)
8	Very severely frail	Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
9	Terminally ill	Approaching the end of life. This category applied to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Adapted from Rockwood and colleagues [1].

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173:489-495.

© 2007/2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.